

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
PARA PREVENÇÃO DA AIDS
NO LOCAL DE TRABALHO:
ANÁLISE CRÍTICA DE UM ESTUDO DE CASO**

Autor : Luís Marcelo Alves Ramos

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Salgado Bagnato

CAMPINAS
2002

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
PARA PREVENÇÃO DA AIDS
NO LOCAL DE TRABALHO:
ANÁLISE CRÍTICA DE UM ESTUDO DE CASO**

Autor : Luís Marcelo Alves Ramos

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Salgado Bagnato

Este exemplar corresponde à redação final da
Dissertação de Mestrado defendida por Luís
Marcelo Alves Ramos e aprovada pela
Comissão Julgadora.

Data: 21/03/2002

Assinaturas:

Prof^a Dr^a Maria Helena Salgado Bagnato
Orientadora

Comissão Julgadora:

2002

**Catálogo na Publicação elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**
Bibliotecária: Rosemary Passos - CRB-8ª/5751

AL87a Alves Ramos, Luís Marcelo.
Atividades de educação em saúde para prevenção da AIDS no local de
trabalho : análise crítica de um estudo de caso / Luís Marcelo Alves Ramos. –
Campinas, SP: [s.n.], 2002.

Orientador : Maria Helena Salgado Bagnato.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Educação.

1. Educação. 2. Saúde. 3. Trabalho. 4. AIDS (Doença) – Prevenção.
5. Doenças transmissíveis – Prevenção. I. Bagnato, Maria Helena Salgado.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

02-040-BFE

Dedico este trabalho...

à minha família:

Isabel, Janete,

Luiz (in memorian),

Paulo, Eliane e Beatriz

à Flávia,

que me é muito especial

a três grandes amigos,

verdadeiros irmãos:

Robson, Marco Sigalla e

Gentil (in memorian)

às pessoas que lutam contra a AIDS

às pessoas que com ela convivem

à memória dos que por causa dela partiram

AGRADECIMENTOS

Em especial à Prof^a Dr^a Maria Helena Salgado Bagnato, pela oportunidade, apoio e orientação a mim oferecidos nesse caminho, muitas vezes solitário, da produção do conhecimento.

Às pesquisadoras e docentes da Comissão Julgadora, Prof^a Dr^a Sônia Maria Villela Bueno, Prof^a Dr^a Maria Inês Monteiro Cocco, Prof^a Dr^a Maria Carolina Bovério Galzerani e Prof^a Dr^a Roberta Gurgel Azzi.

À Prof^a Dr^a Mariá Aparecida Pelissari, pesquisadora e docente da área de Psicologia Social na Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP, pelas conversas sobre “Agnes Heller”.

À Raquel Kussama, da Lexdus Consultoria de Recursos Humanos, pelo apoio desde o início do desenvolvimento deste trabalho.

Às meninas do PRAESA e àquelas que dele participaram.

Ao pessoal da Faculdade de Educação, especialmente aos meninos e às meninas da Biblioteca e da Secretaria de Pós-Graduação.

À empresa (objeto de estudo) e aos seus profissionais responsáveis por seu Programa de prevenção da AIDS por terem me concedido as entrevistas e possibilitado o acesso ao material educativo utilizado na atividade.

Ao representante do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgica, Mecânica e de Material Elétrico de Campinas, Americana, Nova Odessa, Sumaré, Monte Mor, Indaiatuba, Valinhos, Paulínia e Hortolândia que me concedeu uma entrevista.

À Ana Lúcia, pelo trabalho de revisão de texto.

Ao Pe. William Thomas Reinhard, pelo “Abstract”.

Aos amigos e às amigas que me proporcionaram apoio durante a elaboração deste estudo.

À CAPES, por ter me concedido uma bolsa de estudo para a conclusão desse empreendimento.

OS DEZ MANDAMENTOS DE UM CAMINHADOR

*Nunca medir a distância
Nunca medir a altura
Não medir o tempo
Ser dos caminhos mas não lhes pertencer
Conversar com o silêncio
Encarar o sol e a chuva como companheiros
Não caminhar como se fosse uma obrigação
Não encarar o caminho como um desafio
Respirar fundo e pisar leve
Repartir com todos o pão, até com o cão*

Dalmo Saraiva

ALVES RAMOS, Luís Marcelo. **Atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS no local de trabalho**: análise crítica de um estudo de caso. 2002. 276 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Resumo:

Esta pesquisa tomou como problemática de estudo a escassez na literatura científica de análises/avaliações das experiências de Educação em Saúde para prevenção da AIDS em locais de trabalho. O objetivo da pesquisa foi a produção de uma análise crítica dos aspectos teórico-metodológicos que orientam as atividades de Educação em Saúde de um Programa de prevenção da AIDS de uma empresa de grande porte do ramo metalúrgico do município de Campinas (SP), no sentido de, a partir da metodologia de pesquisa qualitativa (tendo como modalidade de pesquisa o estudo de caso), produzir conhecimentos e críticas sobre as configurações, alcances e limites dessas atividades. Foram tomadas como questões de estudo as concepções de sociedade, homem, trabalho, saúde, saúde do trabalhador, educação e educação em saúde, os conhecimentos e sentidos sobre prevenção da AIDS, bem como as diretrizes operacionais presentes na estruturação do Programa de prevenção da AIDS dessa empresa.

Abstract:

This survey has taken as its starting point the lack of scientific literature - analyses and evaluations - of existing experiences in the field of health education, especially with regard to the prevention of AIDS in the workplace. The objective of the survey was to produce a critical analysis of the theoretical and methodological aspects which orientate the activities in the field of health education, more specifically of a program for the prevention of AIDS in a large metalurgic company in the city of Campinas. The idea was to produce new data and also to critique the organization, the progress and the limits of these activities, using the methodology of a qualitative survey, taking the specific case study mentioned above as the research model. The areas studied were: the underlying concepts of society, man, work, health, workers' health, education, health education, knowledge and feelings about the prevention of AIDS, as well as the operational norms present in the formulation of the program for the prevention of AIDS used by this company.

Palavras-chave:

Prevenção da AIDS ; AIDS e trabalho ; Educação em Saúde ; Educação, saúde e trabalho ; Avaliação.

Key words:

AIDS prevention ; AIDS and work ; Health Education ; Education, health and work ; Evaluation

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	xvii
INTRODUÇÃO	1
1. REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	
1.1. Pesquisa Qualitativa e Estudo de Caso	27
1.2. Instrumentos de obtenção e análise de informações	30
1.3. Características do objeto de estudo e das fontes de informações	33
1.4. Contexto atual da situação do trabalho no Brasil	35
1.5. A Sociologia da Vida Cotidiana de Agnes Heller	38
1.6. Saúde	48
1.7. Saúde do Trabalhador	49
1.8. Educação e Educação em Saúde	57
1.9. Planejamento e Avaliação na Educação	61
2. A PROPOSTA OFICIAL DE PREVENÇÃO DA AIDS NO LOCAL DE TRABALHO DA CN-DST/AIDS - MINISTÉRIO DA SAÚDE	65
2.1. A prevenção da AIDS no local de trabalho: considerações de alguns autores	66
2.2. Estratégias de prevenção	68

2.3. Operacionalização do Programa de Prevenção	70
2.4. Avaliação	72
2.5. Educação e Comunicação	73
2.6. Noções básicas sobre AIDS	75
2.7. Considerações sobre a proposta de prevenção da CN-DST/AIDS	78
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	85
3.1. Concepções de sociedade, homem e trabalho	85
3.2. Concepções de saúde e saúde do trabalhador	90
3.3. Concepções de Educação e Educação em Saúde	102
3.4. Programa de atenção à AIDS: assistência e procedimentos gerais	109
3.5. Atividades de prevenção da AIDS	124
3.6. Conhecimentos e sentidos sobre prevenção da AIDS	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
BIBLIOGRAFIA	175
ANEXOS	
1. Histórico das atividades e legislação/recomendações sobre a AIDS no local de trabalho: de 1983 a 2001	185
2. Modelo do documento “Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa” para os profissionais da empresa	193
3. Modelo do documento “Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa” para o representante do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Campinas	197
4. Roteiro da entrevista semi-estruturada com o Gerente da Administração de Recursos Humanos	201
5. Roteiro da entrevista semi-estruturada com o Médico do Trabalho	205
6. Roteiro da entrevista semi-estruturada com o representante do empregador na CIPA	211

7. Roteiro da entrevista semi-estruturada com o representante dos empregados na CIPA	215
8. Roteiro da entrevista semi-estruturada com o representante do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Campinas	219
9. Conteúdo das palestras ministradas pelo Médico do Trabalho durante a SIPAT	
9.1 “Saúde Ocupacional”	225
9.2 “Prevenção da AIDS”	229
10. Conteúdo dos cartazes do Ministério da Saúde sobre prevenção da AIDS	
10.1 “Saiba como se pega AIDS”	235
10.2 “Doenças Sexualmente Transmissíveis. É preciso tratar. É preciso evitar” ..	236
10.3 “Quem ama usa”	237
10.4 “Você não pega AIDS por compartilhar o mesmo banheiro...”	238
11. Conteúdo do panfleto do Ministério da Saúde sobre prevenção da AIDS	
11.1 “Sabe o que acontece quando um amigo seu pega o vírus da AIDS ?”	241
12. Programa de Assistência à AIDS no local de trabalho (CN-DST/AIDS)	245
13. Procedimentos gerais de atenção à AIDS no local de trabalho (CN-DST/AIDS) ...	249
14. Estratégias de educação e comunicação para a prevenção da AIDS no local de trabalho (CN-DST/AIDS)	253

LISTA DE SIGLAS

ABIA	- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIDS I	- Programa Brasileiro de Prevenção e Controle de DST e AIDS I
AIDS II	- Programa Brasileiro de Prevenção e Controle de DST e AIDS II
AMERT	- Afecção músculo-esquelética relacionada ao trabalho
ARH	- Administração de Recursos Humanos
CANPAT	- Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes
CDC	- Center of Disease Control
CEBRAP	- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CID	- Código Internacional de Doenças
CIPA	- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIPAS	- Campanha Interna de Prevenção à AIDS
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CN-DST/AIDS	- Coordenação Nacional de DST/AIDS
CREMERJ	- Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CRT	- Centro de Referência e Treinamento
CRT (2)	- Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CTA/COAS	- Centro de Testagem e Aconselhamento / Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CUT	- Central Única dos Trabalhadores

DIESAT	- Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador
DRT	- Delegacia Regional de Trabalho
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
EHS	- Environment, Health and Safety (Meio-Ambiente, Saúde e Segurança)
EPI	- Equipamento de Proteção Individual
FAT	- Fundo de Atendimento ao Trabalhador
FIESP	- Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FUNDACENTRO	- Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
SEST	- Serviço Social do Transporte
SIPAT	- Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
SSST	- Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho
SUS	- Sistema Único de Saúde
UDI	- Usuário de Drogas Injetáveis
UnB	- Universidade de Brasília
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
UNIMEP	- Universidade Metodista de Piracicaba
USAID	- Agência Nacional para o Desenvolvimento Internacional
USP	- Universidade de São Paulo
VIII CNS	- VIII Conferência Nacional de Saúde
GAAT	- Grupo de Atenção à AIDS no Trabalho
GAPA	- Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS
CGTB	- Central Geral dos Trabalhadores do Brasil
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
I CNST	- I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
II CNST	- II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
INST	- Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
MS	- Ministério da Saúde
MTb	- Ministério do Trabalho
NR-4	- Norma Regulamentadora nº 4
NR-5	- Norma Regulamentadora nº 5
NR-7	- Norma Regulamentadora nº 7
NR-9	- Norma Regulamentadora nº 9
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização Não-Governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
PN-DST/AIDS	- Programa Nacional de DST/AIDS
PRAESA	- Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde
PST	- Programa de Saúde do Trabalhador
SENAC	- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SENAT	- Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SESC	- Serviço Social do Comércio
SESI	- Serviço Social da Indústria
SESMT	- Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

INTRODUÇÃO

Vivências, percepção e interesses

No início dos anos 80, quando surgiram os primeiros casos de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no Brasil e acreditava-se que a doença afetava somente os homens, estando restrita aos homossexuais e hemofílicos masculinos, para a maioria de nós, adolescentes de então, assim como para a população em geral, a AIDS era algo distante, que não merecia uma maior atenção. Entretanto, dez anos mais tarde, no começo da década de 90, o quadro da AIDS tornara-se distinto do original. A pandemia¹ já não era uma ameaça e motivo de preocupação apenas dos homossexuais ou hemofílicos masculinos; também o era para os heterossexuais, homens e mulheres, adolescentes, crianças e recém-nascidos, usuários de drogas intravenosas (UDI) e, enfim, para toda a sociedade.

Nos anos de 1995 e 1996, quando desenvolvi trabalhos educativos de prevenção da AIDS, sua ameaça à população e necessidade premente de enfrentamento tornaram-se mais claras para mim. Em 1995, como profissional da área de Administração de Recursos Humanos (ARH) de uma empresa avícola de grande porte de Sumaré (SP), participei de ações de prevenção das DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e AIDS no local de trabalho durante a SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho), em

1. Mann, Tarantola e Netter (1993), dada à proporção mundial que atingiu a AIDS, classificam-na como uma pandemia.

colaboração com a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) e a Cooperativa de Assistência Médica UNIMED de Campinas. Ainda neste ano, iniciei o Estágio em Psicologia Educacional pelo Curso de Psicologia da Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP, ocasião em que realizei atividades clínicas e didáticas voltadas para a saúde da gestante. Essas atividades foram desenvolvidas em um Posto de Saúde, Centro Social e Maternidade de Piracicaba (SP) e incluíram, entre outros serviços, os de orientação e prevenção das DSTs/AIDS. No ano seguinte, em 1996, após concluir minha graduação universitária, ministrei aulas como professor (substituto) de Biologia para o ensino médio em uma escola pública de Sumaré (SP), onde, além de lecionar o conteúdo programático da disciplina, também desenvolvi ações de prevenção das DSTs/AIDS, desta vez, direcionadas especificamente aos adolescentes.

Dessas vivências, pude verificar que das pessoas que participaram das atividades mencionadas, independente de idade, sexo, classe social, renda ou nível de escolaridade, apesar de conviverem com o perigo da AIDS há quase duas décadas, poucas eram as que adotavam alguma forma de preveni-la, o que as tornavam altamente vulneráveis à doença. Ainda, para a maioria delas, persistia a noção de que a AIDS é doença do “outro” e a presença do preconceito em relação aos contaminados pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e portadores da AIDS.

Tais vivências chamaram-me a atenção para o fato de que, apesar das iniciativas do governo, havia (e ainda há) uma significativa carência de investimentos em recursos (financeiros, materiais e humanos) para os Programas de Prevenção da AIDS. Também me despertaram o interesse em relação às estratégias educativas para a prevenção, em particular as utilizadas pelos meios de comunicação de massa e as aplicadas em algumas escolas e empresas por mim observadas. Estas confirmavam o que apontava Parker (1994a) sobre a maior parte dos programas de prevenção existentes até a primeira metade da década de 90: tendiam a privilegiar unicamente o repasse de informações visando a redução dos riscos de contaminação (informações biomédicas básicas sobre noção, transmissão e prevenção do HIV/AIDS), deixando de lado questões fundamentais como o combate ao preconceito, estigmatização e discriminação dos portadores de HIV e doentes de AIDS, negociação entre parceiros para o uso de preservativo, cidadania e direitos humanos, entre outros temas. Esse modelo de prevenção (ainda muito presente) configura-se pela

veiculação de cartazes, panfletos e palestras, em que a palavra, o discurso, é permitido quase que exclusivamente ao “educador”, cabendo aos educandos apenas alguns questionamentos (em curto tempo), quando não o silenciamento. Também nessas escolas e empresas era escassa a atividade de avaliação em/de seus programas. Sobre isso, a crítica é que, com a ausência da avaliação fica-se sem saber se os objetivos educacionais são atingidos e se o programa necessita de algum redimensionamento (Parker, 1994a).

Já as vivências em um Posto de Saúde e em um Centro Social de Piracicaba (SP) permitem-me mencionar que, sobre as estratégias educativas e de avaliação, a utilização de uma metodologia de Educação em Saúde estruturada em um modelo de intervenção biopsicossocial e cultural (que além do repasse de informações biomédicas básicas, inclui cuidados com os aspectos psicológicos e sócio-culturais da prevenção) que adota métodos didáticos de maior interação entre o educador e os educandos (como, por exemplo, as técnicas de dinâmica de grupo) e processos de avaliação das atividades realizadas e dos programas como um todo, não só é possível como produz uma maior possibilidade de conscientização individual e coletiva sobre o perigo do HIV/AIDS.

No início de 1997, essas experiências no trabalho de prevenção da AIDS aliadas a uma prática na área da Administração de Recursos Humanos, a uma vivência universitária e à preocupação/sensibilização com o atual panorama da pandemia, fomentaram-me o desejo e o interesse em contribuir para o avanço qualitativo dos conhecimentos teórico-metodológicos de Educação em Saúde que têm orientado as atividades de prevenção da AIDS no local de trabalho (não visando a prevenção somente do ponto de vista da AIDS como risco ocupacional, específico a alguns profissionais da saúde, mas, a prevenção estendida aos trabalhadores de todas as ocupações, considerando o ambiente de trabalho como *locus* privilegiado para a realização de ações educativas de prevenção que promovam a saúde dos trabalhadores em geral), tendo a intenção de colaborar com o combate à ameaça e aos danos que a moléstia tem infligido à sociedade.

Com esse fim, passei, então, a ter o propósito de cursar a Pós-Graduação em Educação, mais particularmente o Programa de Mestrado, tendo eleito como temática de pesquisa as *atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS no local de trabalho*. Favoreceu minha decisão a carência de produção teórica específica que até então havia sobre o assunto. Contudo, esse propósito foi adiado até os meses finais de 1998,

quando me vinculei, como participante e colaborador, ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação em Saúde – PRAESA (ao qual me encontro formalmente vinculado através do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP), grupo que, entre outras linhas de pesquisa, desenvolve o tema *Educação, Saúde e Trabalho*.

Iniciei, então, estudos sobre Metodologia da Pesquisa em Educação e Saúde, além de buscar novos conhecimentos para a elaboração e desenvolvimento da minha pesquisa.

Com base nesses estudos e conhecimentos, apresento a seguir a problematização desta pesquisa. Inicialmente, faço uma exposição sobre o atual quadro epidemiológico da AIDS no Brasil, suas implicações e as respostas que a sociedade tem dado à doença. Passo, em seguida, a uma explanação mais específica, contextualizando a questão da AIDS no trabalho e os Programas de Prevenção desenvolvidos pelas organizações governamentais, não-governamentais (ONGs), sindicais e empresariais. Por último, explico o problema em torno do qual este projeto foi estruturado, bem como minhas intenções de desenvolvimento desta pesquisa.

A AIDS no Brasil

Alguns estudos e análises permitem traçar uma síntese da conformação epidemiológica atual da AIDS no Brasil e suas implicações, bem como identificar algumas respostas que a sociedade tem dado à questão².

Inicialmente restrita, no início dos anos 80, a homossexuais e bissexuais masculinos e pessoas de alto nível de escolaridade, a AIDS, num segundo momento, alastrou-se aos heterossexuais, homens e mulheres, usuários de drogas intravenosas (UDI), recém-nascidos, crianças e adolescentes, causando um incremento expressivo no número de casos da doença. No terceiro e atual momento, a pandemia atinge uma configuração alarmante que tem como características principais a heterossexualização, a feminização, a

2. Os dados apresentados a seguir provêm de *Boletins Epidemiológicos da AIDS* editados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (MS/CN-DST/AIDS, 1999/2000, 2001a). As demais referências utilizadas são citadas no corpo do texto.

juvenilização, a interiorização e a pauperização da doença (Dhalia, Barreira e Castilho, 1999/2000).

Em 1990 o índice de infecção notificado e acumulado desde 1980 totalizou 24.750 casos. Após uma década, até junho de 2001, foram contabilizados 215.810 casos, um número quase nove vezes maior que há dez anos.

A principal via de transmissão é a sexual (54,2% dos casos). Se nos últimos anos houve uma estabilização no número de novos casos de contágio entre os homossexuais e bissexuais masculinos³, em contrapartida, o número de infectados entre os heterossexuais, homens e mulheres, cresceu assustadoramente, vitimando principalmente estas últimas.

Há uma contínua alteração na razão de infecção entre homens/mulheres, no sentido de uma maior participação das mulheres entre os novos casos de contaminação. Em 1985 essa razão era de 26/1 reduzindo continuamente até 2/1 a partir de 1997. Uma pesquisa do Ministério da Saúde e da Universidade de São Paulo - USP (Traumann e Monteiro, 1998) contextualizou a trágica realidade dessas mulheres: 76% são mães; 71% foram contaminadas por namorados fixos; 59% descobrem que estão com o vírus depois que o marido adoece; 51% têm até o 1º grau completo; 41% têm entre 25 e 35 anos de idade; 40% trabalham.

O crescimento do número de casos de infecção de mulheres expressa-se diretamente no aumento significativo da transmissão perinatal (também denominada “vertical” e “materno-infantil”) que se dá através da gestação, parto e amamentação. Entre 1983 e junho de 2001 essa categoria de transmissão correspondeu a 82% dos casos da população menor de 13 anos infectada.

Deve-se mencionar que, se por um lado o panorama epidemiológico aponta para a expansão da pandemia nessa direção, por outro, o Ministério da Saúde gradualmente vem disponibilizando meios para a prevenção do HIV nessas crianças, entre eles, serviços de aconselhamento e testagem para o HIV no Pré-Natal, a administração de zidovudina para as gestantes HIV positivas e seus recém-nascidos e a substituição do aleitamento materno⁴.

3. Desde 1980 até junho de 2001 não foi registrado nenhum caso de contaminação entre homossexuais e bissexuais femininas (MS/CN-DST/AIDS, 1999/2000, 2001a).

4. Pesquisadores norte-americanos e ugandenses vêm estudando o uso da Nevirapina para bloquear a transmissão vertical do HIV na gestação e no parto (o bloqueio no aleitamento está em estudo). Sua vantagem sobre a Zidovudina (AZT) é de ser mais barata (250 vezes) e ser melhor absorvida pelo organismo humano (Nunomura, 1999).

No entanto, apesar dos esforços do governo para montar uma infra-estrutura básica de serviços de saúde para que o trabalho de prevenção da transmissão vertical seja abrangente e efetivo, seu nível ideal de implementação ainda está longe de ser alcançado. Em 1998 atingiu apenas 19,5% do número estimado de gestantes infectadas. Pesquisadores explicam que o baixo número de gestantes tratadas está associado à dificuldade de identificar a gestante contaminada pelo HIV durante o Pré-Natal. Acredita-se que pelo menos dois fatores estão relacionados a essa dificuldade: a baixa qualidade da assistência prestada à mulher durante a gestação e o parto e o precário acesso aos testes anti-HIV, principalmente, nas regiões afastadas dos centros urbanos.

Apesar desse quadro, o governo tem investido na expansão desses serviços de saúde trazendo uma perspectiva otimista para o avanço da prevenção da transmissão vertical (Vermelho, Silva e Costa, 1999; Veloso, Vasconcelos e Grinsztejn, 1999).

A feminização da AIDS também resulta em outra trágica realidade: os “Órfãos da AIDS”, crianças menores de 15 anos de idade (contaminadas ou não pelo HIV), filhas de mulheres que faleceram em decorrência da AIDS. Entre 1987 e 1999, o número desses órfãos correspondia a 29.929 crianças (Szwarcwald, Andrade e Castilho, 1999). Ainda nesse período, 197.000 crianças eram filhas de mulheres portadoras do HIV, 60.000 destas crianças tinham mãe que apresentavam os sintomas da AIDS. Crianças nessas condições vivem sob a ameaça constante de se tornarem órfãs, estando sujeitas aos efeitos sociais (geralmente abandono, preconceito, estigmatização e discriminação) e danos psicológicos que costumam acometê-las (Nunomura, 2000; Poles, 2000).

Sobre a categoria de transmissão via sangüínea, os índices epidemiológicos apontam redução na taxa de prevalência das subcategorias hemofílicos e transfusão de sangue. Isso, devido às políticas de controle de qualidade (seleção e testagem) do sangue (Dhalia, Barreira e Castilho, 1999/2000). Já em relação à subcategoria UDI, Dhalia, Barreira e Castilho (1999/2000) apontam uma rápida e extensa difusão devido ao compartilhamento de agulhas e seringas no uso de drogas injetáveis. O índice de prevalência ainda é elevado, tornando-se significativo por abranger muitos jovens entre as vítimas. Serve de agravante à situação a interface UDI/transmissão sexual caracterizada pelo aumento de ocorrências em que o homem se contamina numa relação homossexual/UDI e depois transmite o HIV à parceira, sendo esta característica uma tendência mundial (Veja, 1998).

O grupo etário mais acometido pela AIDS é a faixa de idade de 20 a 49 anos (a faixa etária mais economicamente produtiva), que representou 86,9% do total de casos até junho de 2001.

Até junho de 2001 foi registrado o óbito de 49% da população infectada desde o início da pandemia (105.595 óbitos), determinando a extrema letalidade da doença. Contudo, a administração de terapias anti-retrovirais e a distribuição universal e gratuita de medicamentos pelo Ministério da Saúde para o tratamento dos portadores de HIV e doentes de AIDS têm sido responsáveis pelo crescente aumento do tempo de sobrevivência desses indivíduos e, em consequência, pela queda, a partir de 1996, da taxa de mortalidade pela AIDS. Entretanto, apesar desse expressivo avanço, o impacto da letalidade por AIDS ainda é grande entre os indivíduos adultos em idade produtiva (Dhalia, Barreira e Castilho, 1999/2000).

A AIDS se alastra entre a população em geral, principalmente entre aquelas com menor renda e nível de escolaridade (a maioria da população), denotando a proletarianização e pauperização da pandemia (Bastos e Barcellos, 1995; Dhalia, Barreira e Castilho, 1999/2000).

Ocorre a dispersão e interiorização da doença por todo território nacional: o Mapa Epidemiológico revela que a AIDS espalha-se dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro e da Região Nordeste para outros Estados e Regiões, no sentido do litoral para o interior e das metrópoles para as cidades de pequeno e médio portes (Bastos e Barcellos, 1995; Szwarcwald et al., 1997; Dhalia, Barreira e Castilho, 1999/2000).

A maioria dos infectados desconhece sua soropositividade (estes não estão inclusos nos números dos *Boletins Epidemiológicos*) e até a manifestação dos primeiros sintomas da AIDS (que pode ocorrer até dez anos após a infecção), poderá transmitir o vírus silenciosamente a outras pessoas (Veja, 1998).

Frente a esse quadro, o governo brasileiro, mais especificamente a Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde, tem desenvolvido um programa de combate à AIDS que vem sendo elogiado pela imprensa internacional e recomendado como modelo pela Organização das Nações Unidas (ONU). Grande parte dos resultados positivos do programa (aumento do tempo de sobrevivência das pessoas infectadas pelo HIV e queda da taxa de letalidade por AIDS) é atribuída à administração de terapias

anti-retrovirais e distribuição de medicamentos gratuitas aos portadores de HIV/AIDS pelo sistema público de saúde.

Deve ser destacado que, para a distribuição gratuita dos medicamentos, laboratórios do governo têm produzido os remédios sem licença das indústrias que os desenvolveram. Dos doze medicamentos que compõem o coquetel anti-AIDS, oito são produzidos aqui. Atualmente, a continuidade da distribuição gratuita desses remédios tem sido garantida mediante um acordo comercial entre o governo brasileiro e indústrias farmacêuticas norte-americanas (Cruz e Saboia, 2001; Carneiro, 2001; Ramiro, 2001).

Vale esclarecer que não só as atividades de tratamento e assistência do programa brasileiro de AIDS têm chamado a atenção da imprensa e órgãos internacionais. As ações de prevenção também têm passado por esse olhar. A UNAIDS (órgão da ONU no combate à AIDS) realizou uma pesquisa em dezessete países e constatou que o jovem brasileiro é o mais bem informado do mundo sobre o vírus (Cruz e Saboia, 2001).

Contraditoriamente, uma recente pesquisa do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) em conjunto com o Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS sobre o comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/AIDS revela resultados e conclusões indicando que grande parte da população, além de estar mal informada sobre o HIV/AIDS, também se encontra fortemente exposta à contaminação pelo vírus (MS/CN-DST/AIDS / CEBRAP, 2000). Isso permite deduzir que muito ainda há que se fazer no campo da prevenção para que o número de novos casos de contágio pelo HIV possa ser significativamente reduzido.

No Brasil, apesar de a pandemia ter mudado de perfil (o olhar epidemiológico passou dos *grupos de risco* para as *práticas de risco*), ameaçando toda a sociedade (Cohn, 1997), essa realidade não se constituiu, tão logo, como objeto de necessária atenção e tratamento adequado pelas autoridades responsáveis (Bastos et al., 1993). A ausência ou baixa eficácia das campanhas de prevenção, quando existentes, impulsionou a disseminação do senso comum entre os heterossexuais (hoje, o maior grupo de risco) de que estavam livres da doença e a da idéia de que a AIDS era exclusiva dos homossexuais, prostitutas, drogados, daqueles que “levam uma vida promíscua” (Bastos et al., 1993; Loyola, 1994). Os desdobramentos do descaso e silenciamento das autoridades públicas durante a década de 80 e início da década de 90 para com a questão da prevenção e das equivocadas crenças e

valores sociais sobre a doença expressam-se na configuração do panorama epidemiológico atual da AIDS.

É a partir da década de 90 que as autoridades de saúde, preocupadas com o novo perfil epidemiológico da AIDS, começaram a implantar e expandir os programas de prevenção a vários segmentos da população.

Isso ocorre pela ação da CN-DST/AIDS com a implementação dos Programas Brasileiros de Prevenção e Controle de DST e AIDS - AIDS I (em 1993) e AIDS II (em 1999) - através de recursos do governo (União, Estados e municípios) e do Banco Mundial⁵.

A adoção de atividades de prevenção é sustentada por vários autores como Parker (1994a), Medici (1994) e Bueno et al. (1995) que indicam a promoção de campanhas de prevenção/educação como uma das soluções eficientes à AIDS. Lacaz, Martins e Martins (1990) e Montagnier (1995) apontam que, na ausência de soluções médicas duradouras no tratamento da doença, a prevenção é a melhor solução. Outros (Parker et al., 1994) ainda acrescentam os motivos econômicos como argumentos para se investir na prevenção, pois o tratamento tem um alto custo para os países em desenvolvimento. Ainda a favor da prevenção, um relatório da ONU, de junho de 1998 (Veja, 1998), relata que, quando se faz uma prevenção eficiente, os índices de contaminação se estabilizam ou decaem drasticamente.

É nesse sentido que pesquisadores em todo o mundo têm defendido a necessidade de programas de prevenção coerentes, abrangentes e sustentados ao HIV/AIDS, a serem empregados não só aos adultos, mas a toda família (Montagnier, 1995), que promovam uma intervenção mais eficaz, enfatizando os segmentos heterossexuais e UDI (BASTOS et al., 1993) e que incluam o combate àquilo que Mann (Daniel e Parker, 1991; Mann, Tarantola, Netter, 1993) denominou a “Terceira Epidemia da AIDS” (a primeira epidemia é a infecção silenciosa pelo HIV; a segunda é a da AIDS propriamente dita; a terceira, em questão, talvez a mais explosiva, diz respeito à maioria das respostas sociais, culturais, econômicas e políticas dadas à AIDS, notadamente marcadas pelo preconceito,

5. Sobre os Programas de Prevenção do HIV/AIDS implementados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, ver: <<http://www.aids.gov.br/prevencao/prevencao.htm>>. Consultar, também, os Relatórios de Implementação do AIDS II: <http://www.aids.gov.br/bco_mundi_2509/relat_imp_bco_mundial.htm> e <http://www.aids.gov.br/planejamento/relat_imp_aval_aids2.htm>.

estigmatização, discriminação, silenciamento, medo e violência individual e coletiva em relação aos portadores do HIV/AIDS e a grupos minoritários - homossexuais, UDIs e profissionais do sexo).

A AIDS e o local de trabalho

Adentrando na problemática da AIDS no local trabalho, faz-se necessário, antes de tudo, conceituar e operacionalizar o uso do termo “*local de trabalho*”. Utilizo-me do conceito de Terto Jr. que o define como

... empresas que possuem vínculos empregatícios básicos (carteira profissional assinada e contratos formais) com seus empregados e que possam oferecer um mínimo de condições, inclusive do ponto de vista legal, para o desenvolvimento de atividades de prevenção à AIDS no local de trabalho. (Terto Jr., 1997, p. 136).

Em relação aos serviços de atenção à AIDS no local de trabalho, identifico três temas que circundam a questão: a Saúde Ocupacional; a legislação (e recomendações) trabalhista, previdenciária e de direitos humanos para tratamento, prevenção e assistência; e as atividades e materiais educativos desenvolvidos para o tratamento, prevenção e assistência.

Sobre o primeiro tema, a Saúde Ocupacional, que diz respeito ao risco de contaminação pelo HIV no ambiente de trabalho, a partir de trabalhos de Zavariz (1991), Terto Jr. (1997) e Oda, Rocha e Teixeira (1997) pode-se concluir que as situações cotidianas de trabalho não oferecem risco de contágio pelo HIV, salvo para os profissionais de saúde das áreas clínica e laboratorial, quando não são tomadas as devidas medidas de prevenção.

Sobre isso, Oda, Rocha e Teixeira (1997), ao interrogar e analisar os mitos e verdades construídas em torno da AIDS ocupacional, mencionam que, já em 1982 (um ano após a identificação da AIDS pelo Center Disease Control (CDC), em Atlanta, nos Estados Unidos), o CDC havia publicado recomendações para o trabalho clínico e laboratorial com a AIDS. Desde então, o CDC vem desenvolvendo atividades de pesquisa em torno do

problema e atualizando a edição de normas e procedimentos de biossegurança para a prevenção do HIV/AIDS enquanto risco ocupacional⁶.

A respeito dos dois temas seguintes (legislação/recomendações, atividades e materiais educativos), embora grande parte do extenso material informativo sobre prevenção do HIV/AIDS no local de trabalho (cartazes, cartilhas, apostilas, folhetos, jornais, boletins e vídeos) publicado pelo governo, ONGs, empresas e sindicatos esteja relacionada no “*Catálogo de ações, produtos e serviços em DST/AIDS no local de trabalho*” (Moreira, Piovesan e Vianna, 1997), a literatura específica acerca das atividades (de tratamento, prevenção e assistência) e legislação/recomendações (trabalhista, previdenciária, de direitos humanos e para tratamento, prevenção e assistência) sobre o tema é bem dispersa (ver Anexo 1).

Apesar de que (conforme aponta o Anexo 1), desde 1983, o governo, centrais sindicais, sindicatos, ONGs e empresas venham desenvolvendo ações de atenção à AIDS nos locais de trabalho, tais atividades ganham um maior impulso com o “*Plano Estratégico de prevenção, controle e assistência às DST/AIDS no local de trabalho*” (editado em 1996, pela CN-DST/AIDS)⁷, o Conselho Empresarial Nacional de Prevenção do HIV/AIDS (criado em 1998, sendo composto por 24 grandes empresas) e o AIDS II (implantado em 1999).

A proposta contida no “*Plano Estratégico*” é:

Construir junto com a sociedade organizada, um programa de educação continuada, executado pela própria empresa, como parte do esforço nacional, na prevenção das DST/AIDS. Este programa deverá ser sustentado por um sistema de comunicação permanente, em modelo de parceria, com a implementação de ações multisetoriais visando a qualidade e produtividade, através da promoção à saúde. Os deveres e responsabilidades dos empresários para com a saúde de seus empregados, estão fundamentados

6. Sobre as normas e procedimentos de biossegurança e quimioprofilaxia para a prevenção da AIDS ocupacional, consultar o site *Risco Biológico*: <<http://www.riscobiologico.org>>. Ver, também, o Capítulo VI do “*Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho*”: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_6.htm>.

7. Do “*Plano Estratégico*” surgiram dois documentos fundamentais para o desenvolvimento e implementação das atividades de prevenção e assistência à AIDS nas empresas: o “*Catálogo de ações, produtos e serviços em DST/AIDS no local de trabalho*” (1997) e o “*Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de Programas de Prevenção e Assistência em DST/AIDS no local de trabalho*” (1998). O acesso a ambos documentos pode ser feito através da consulta ao site da CN-DST/AIDS disponível em: <<http://www.aids.gov.br/prevencao/link126.htm>>.

legalmente, expressos em ações exclusivamente complementares às ações executadas pelo Governo. (MS/CN-DST/AIDS, [s.d.]c)⁸.

E tem como objetivos:

1. Reduzir a incidência e a mortalidade provocada pelo HIV e outros agentes causadores das DST através de ações educativas no local de trabalho;
2. Ampliar a participação das empresas privadas e outros agentes sociais na luta contra a AIDS;
3. Levar informações atualizadas e cientificamente balizadas sobre DST/HIV e AIDS a todos os trabalhadores brasileiros;
4. Preparar a empresa para lidar com a questão da soropositividade e preconceitos que podem influir na produtividade;
5. Estimular ações de sindicatos junto a empresas, no desenvolvimento de programas de prevenção;
6. Desenvolver material educativo sobre prevenção às DST/AIDS, apropriado para o local de trabalho; e
7. Apoio a projetos. (MS/CN-DST/AIDS, [s.d.]c).

Ao analisar a situação atual das ações de atenção à AIDS em locais de trabalho, a CN-DST/AIDS (MS/CN-DST/AIDS, 2000, 2001b, [s.d.]c) indica que a principal estratégia para se atingir esse grupo populacional tem sido a articulação do setor público com empresas, ONGs, órgãos do sistema “S” (SESI, SESC, SEST e SENAC, entre outros) e organizações sindicais de trabalhadores.

A responsabilidade social das empresas se faz notar nesta articulação. Junto à CN/DST-AIDS já foram cadastradas mais de 12.000 empresas, das quais 1.900 desenvolvem programas apoiados e/ou monitorados pelo Ministério da Saúde.

Sua participação ainda ganha uma maior efetividade em 1998 com a criação do Conselho Empresarial Nacional de Prevenção do HIV/AIDS, visando a implementação de políticas e programas de prevenção e assistência às DST/AIDS no ambiente de trabalho e a promoção dos direitos humanos dos trabalhadores vivendo com HIV/AIDS em empresas de grande, médio e pequeno portes. A configuração do Conselho Empresarial dos Países do Mercosul, no Fórum 2000, no Rio de Janeiro, tendo como modelo a

8. O vínculo entre o Governo e a empresa é feito pelo cadastramento desta junto à CN-DST/AIDS - subcomponente AIDS no local de trabalho, através da “Ficha de cadastramento e levantamento de dados das políticas e programas das empresas junto ao PN-DST/AIDS”. Para maiores informações, consultar Moreira, Piovesan e Vianna (1997, p. 239-243).

experiência brasileira na área, é considerada um outro marco no avanço do combate à AIDS nas empresas.

O trabalho das ONGs inclui a promoção de defesa dos direitos humanos, a luta contra o preconceito e a realização de campanhas e oficinas de prevenção da doença por todo o país. Tais atividades vêm propiciando uma gradual mudança cultural a respeito da AIDS no local de trabalho.

Os órgãos do sistema “S” (SESC, SESI, SEST, SENAC, SENAI e SENAT) têm sido responsáveis pela integração das pequenas e médias empresas em atividades voltadas para a prevenção da AIDS.

A CN-DST/AIDS tem priorizado a continuidade das parcerias com as três maiores centrais sindicais e o fortalecimento do trabalho de prevenção desenvolvido pelos sindicatos. As ações sindicais de atenção à AIDS objetivam atingir 37,1 milhões de trabalhadores dos cerca de 40 milhões com carteira assinada (os que participam do trabalho formal, mais possíveis de serem alcançados).

As centrais sindicais, ao lado dos projetos em execução na área específica das DSTs e AIDS, têm sido estimuladas a incluir (em parceria com autoridades locais de saúde) esses temas em seus programas regulares de “treinamento”, segurança no trabalho e informações em saúde financiados pelo FAT (Fundo de Atendimento ao Trabalhador). Outro trabalho importante das centrais sindicais tem sido sua mobilização social para a inclusão do preservativo na cesta básica do trabalhador.

Nos níveis estadual e municipal, os Planos Operativos Anuais das Organizações Governamentais mencionam a prevenção em local de trabalho como atividade.

Estados como Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul vêm desenvolvendo programas de integração com centrais sindicais e órgãos do sistema “S” visando o trabalho de prevenção da AIDS. Aqui, destaca-se o trabalho de São Paulo (em todo o Estado) e de Minas Gerais (município de João Monlevade) em relação aos caminhoneiros (prevenção e testagem).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, observa-se uma ampliação das atividades de prevenção e assistência à AIDS no local de trabalho em diversas empresas (incluindo as pequenas e médias). No entanto, uma maior integração com o SUS é ainda necessária para o atendimento dos trabalhadores da grande maioria das empresas (que não mantém

convênios de assistência médica privada). Ainda a partir de 2001 tomou-se como meta uma maior integração dos órgãos do sistema “S” com os sindicatos e serviços de saúde locais.

Sobre a testagem para HIV, na fase inicial de implantação de atividades ligadas à prevenção e assistência à AIDS no local de trabalho foi enfatizada a necessidade de luta contra testes admissionais anti-HIV (raros hoje em dia). Hoje, os trabalhos estão mais voltados para a promoção do direito ao aconselhamento e testagem voluntária (anônima). Para que essa atividade se amplie tem sido promovido o estímulo a uma maior integração entre empresas, órgãos sindicais (patronais e de trabalhadores) e os serviços de saúde locais.

Como já mencionado, a principal estratégia do trabalho de prevenção e assistência à AIDS no local de trabalho tem sido o estabelecimento de parcerias entre os setores governamentais, empresas, ONGs, órgãos do sistema “S”, centrais sindicais e sindicatos.

Algumas atividades estão sendo priorizadas: estender o trabalho de prevenção realizado nas grandes empresas que compõem o Conselho Empresarial Nacional a organizações semelhantes; promover o trabalho de prevenção nas pequenas e médias empresas através de órgãos cuja missão é atender as demandas dessa faixa empresarial; reforçar as parcerias entre sindicatos, órgãos do sistema “S” e unidades locais de saúde para atuarem nas empresas; estimular os órgãos “S” para que absorvam a tecnologia educacional acumulada pela CN-DST/AIDS, coordenação locais e ONGs; e ampliar a integração entre empresas (principalmente as de pequeno e médio portes que não possuem convênios particulares de saúde) e o SUS.

A CN-DST/AIDS cita que o modelo de descentralização e institucionalização das ações de prevenção e assistência direcionadas para os caminhoneiros desenvolvidas pelo SEST/SENAT deveria ser generalizado para os trabalhadores de modo geral.

A CN-DST/AIDS ainda relata que o maior desafio encontrado, até então, tem sido conseguir uma maior integração entre as ações dos segmentos produtivos (empresários e trabalhadores), quebrando a resistência histórica entre ambos, para promover / facilitar o desenvolvimento de programas de prevenção e assistência no contexto da pandemia do HIV/AIDS. Também menciona que no “Fórum 2000”, foram promovidas atividades (embora mais voltadas para o empresariado) para que o diálogo entre esses dois segmentos seja facilitado.

Outros dois desafios ainda deveriam ser enfrentados: estender essas ações aos trabalhadores informais e melhorar a qualidade da conscientização/fiscalização (dos agentes do Ministério do Trabalho) em torno das atividades das CIPAs nas empresas para que a realização da CIPAS seja efetiva.

Atividades de Educação em Saúde para a prevenção da AIDS no local de trabalho: a legislação e a proposta educativa da CN-DST/AIDS

Dando seqüência à exposição da problematização dessa pesquisa, passo, agora, a abordar mais especificamente minha temática de estudo, as *atividades de Educação em Saúde para a prevenção da AIDS no local de trabalho*.

Num primeiro momento, resgatarei a fala de um autor acerca da necessidade de haver ações de atenção à AIDS nas empresas. Na seqüência, abordo as leis que instituem as atividades de prevenção da AIDS nos locais de trabalho, bem como apresento uma crítica ao modelo de prevenção reducionista, que tais leis possibilitam que se configure. Em seguida, exponho algumas abordagens, pautadas na proposta educativa de prevenção da CN-DST/AIDS, que se apresentam como paradigma alternativo ao modelo reducionista.

Sobre a necessidade da promoção de ações para o enfrentamento da AIDS nas empresas, Terto Jr. (1997) explicita que:

O impacto da epidemia da AIDS no Brasil vem impondo desafios e conseqüências cada vez mais graves à sociedade brasileira. Tal como outros segmentos da sociedade, que vêm sofrendo estas conseqüências, também as empresas enfrentam questões específicas à realidade do local de trabalho. Tais questões dizem respeito à saúde pública e economia, e justificam [a promoção de] programas e projetos que possam dar uma resposta à situação da AIDS na empresa. (Terto Jr., 1997, p. 135).

E ainda cita:

... um número de razões pelas quais as empresas devem se decidir por estabelecer programas e políticas para enfrentar a AIDS no local de trabalho...

1. Evitar problemas no ambiente de trabalho. (...) Preconceitos, estigmatização e discriminação levam a sérios problemas relacionais que podem alterar a rotina de produção e de rendimentos até de uma empresa inteira ...
2. Promover um ambiente de trabalho saudável para aqueles já infectados e suas famílias ...
3. Economizar divisas em seguros e gastos de saúde ...
4. Contribuir no esforço mundial de combater a disseminação do vírus HIV (...) As empresas possuem recursos, experiências com outros programas de doenças e acidentes de trabalho, estrutura material e humana, etc., e podem por isso contribuir decisivamente nas respostas que a humanidade está buscando ...
5. Evitar litígios judiciais custosos para a empresa devido aos casos de discriminação ...
6. Fortalecer o perfil da empresa como uma instituição consciente de suas responsabilidades sociais ...
7. Proteger os investimentos da empresa em recursos humanos ... (Terto Jr., 1997, p. 138-140).

Terto Jr. ainda menciona que investimentos em ações de atenção à AIDS nas empresas podem trazer benefícios a outras instituições:

No trabalho de prevenção:

A ênfase prioritária em (...) empresas também pode significar uma economia de “energia”, pois investiríamos onde já existem condições de desenvolvermos ou darmos continuidade aos trabalhos de prevenção. (Terto Jr., 1997, p. 136).

No trabalho de avaliação das atividades de prevenção:

O setor empresarial é um dos setores sociais que possuem know-how, rotinas e métodos já testados e desenvolvidos de avaliação de implementação de programas de saúde e sociais (por exemplo, prevenção ao tabagismo, alcoolismo, acidentes de trabalho, preparação para aposentadoria, entre outros), o que pode contribuir para suprir as deficiências de ONGs, iniciativas governamentais, campanhas nacionais, etc., no campo de avaliação de ações. A troca de experiências e recursos, neste aspecto, pode

reforçar a continuidade e a efetividade dos programas e atividades, tanto de ONGs, de órgãos governamentais, como das próprias empresas. (Terto Jr., 1997, p. 160).

Na redução dos gastos públicos com o tratamento e prevenção da AIDS:

Um dos benefícios mensuráveis com o maior engajamento do setor empresarial no controle da infecção pelo HIV/AIDS seria a diminuição da sobrecarga financeira que hoje recai quase que exclusivamente sobre os serviços públicos nos tratamentos e ações de prevenção ao HIV/AIDS. (Terto Jr., 1997, p. 160).

Falando especificamente da necessidade de programas de prevenção da AIDS nas empresas, o autor, além de considerar o perigo que a AIDS representa à saúde pública e à economia, aponta questões, de natureza, educacional e social, que podem prejudicar as relações humanas e a produtividade no trabalho:

A desinformação e ausência de programas preventivos sobre AIDS (...) já começam a se refletir no cotidiano de diversos locais de trabalho no país. A ignorância sobre as formas de transmissão [do HIV], além de mitos e juízos errôneos sobre a epidemia, acaba por levar a preconceitos, discriminações e estigmatização de indivíduos. No ambiente de trabalho, tais atitudes podem ser extremamente destrutivas e contraproducentes por fomentarem ansiedade, problemas relacionais, medos e confusões que poderiam ser evitadas, caso houvesse a possibilidade de se tratar a questão de forma correta, bem orientada e contínua. (Terto Jr., 1997, p. 137).

No campo da legislação, um marco fundamental para a implementação de ações de prevenção da AIDS nas empresas foi a promulgação da Portaria Interministerial MTb/MS nº 3.195, em 10 de agosto de 1988⁹, instituindo, em âmbito nacional, a *Campanha Interna de Prevenção da AIDS* (CIPAS), “... com a finalidade de divulgar conhecimentos e estimular no interior das empresas e em todos os locais de trabalho, a adoção das medidas preventivas contra a (...) AIDS/SIDA”. (MTb/MS, 1988, p. 635).

A lei integra a CIPAS à *Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes* (CANPAT) e delega sua realização às CIPAs (*Comissão Interna de Prevenção de Acidentes*).

9. Consultar o site da CN-DST/AIDS disponível em: <<http://www.aids.gov.br/c-geral/lcvi05.htm>>.

Art. 3º. Às Comissões Internas de Prevenção de Acidentes, “CIPAs”, compete, no âmbito das empresas onde se acham organizadas a promoção de campanhas de prevenção contra a AIDS/SIDA, sem prejuízo das suas atividades normais no campo de prevenção de acidentes e doenças profissionais. (MTb/MS, 1988, p. 635).

ou a outra instituição (governamental ou não) no caso de a empresa estar desobrigada de constituir CIPA:

Art. 8º. As empresas desobrigadas de constituir CIPA deverão participar ativamente das referidas CIPAS através de seu representante, junto ao Órgão Regional do Ministério do Trabalho, ou outra Instituição que realize tal evento. (MTb/MS, 1988, p. 635).

Também os sindicatos e a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) estão envolvidos na CIPAS:

Art. 5º. As entidades sindicais de trabalhadores e de empregadores serão convocadas a dar toda a sua cooperação à CIPAS...

Art. 6º. A [...] FUNDACENTRO, deverá prestar estreita colaboração aos Ministérios do Trabalho e da Saúde, no desenvolvimento dos trabalhos afetos às CIPAS ora constituídas. (MTb/MS, 1988, p. 635).

Cabe aos órgãos governamentais vinculados ao Ministério do Trabalho a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dessa lei:

Art. 9º. Os Agentes da Inspeção do Trabalho empenhar-se-ão na fiscalização do cumprimento da presente Portaria, nos termos do art. 200, VI, da Consolidação das Leis do Trabalho. (MTb/MS, 1988, p. 635).

A Portaria também traz elementos que tocam na questão das atividades de Educação em Saúde para a prevenção da AIDS no local de trabalho:

Art. 4º. Constituem atividades da Campanha Interna de Prevenção da AIDS- “CIPAS”:

- a) Palestras e debates;
- b) Divulgação educativa através de imprensa falada e escrita;
- c) Confeção e distribuição gratuita de cartazes, livretos, cartilhas, folhetos e demais impressos relacionados com os objetivos da Campanha;
- d) Exibição de filmes e “slides” sobre o assunto. (MTb/MS, 1988, p. 635).

Onze anos mais tarde, foi promulgada outra lei acerca da prevenção da AIDS nas empresas: a Portaria SSST/MTb nº 8, de 24 de fevereiro de 1999¹⁰, que altera a Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) que dispõe a CIPA.

A NR-5 (reforçando o enunciado da Portaria anteriormente citada) designa à CIPA a responsabilidade pela realização da CIPAS. Nesse sentido, no capítulo sobre as atribuições da CIPA, lemos que cabe ao órgão “... participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.” (MTb/SSST, 1999, p.36). À empresa ainda cabe destinar recursos para a formação educacional dos integrantes da CIPA na tarefa de prevenir a AIDS. No capítulo sobre o “treinamento” (A NR-5 utiliza o termo *treinamento* para designar *formação educacional*) dos membros da CIPA, é citado que a empresa deve oferecer “treinamento” acerca de “... noções sobre Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e medidas de prevenção.” (MTb/SSST, 1999, p. 37).

A CIPA ainda pode contar com a assistência do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa (onde houver) e de outras entidades: “... O Treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.” (MTb/SSST, 1999, p. 37).

Na Norma Regulamentadora nº 4¹¹ (NR-4), que organiza o SESMT, lemos que, entre outras funções, cabe ao SESMT “... manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la

10. Consultar o site do INST/CUT disponível em: <<http://www.instcut.org.br/index1.htm>>.

11. Idem nota anterior.

conforme dispõe a NR-5.” (Instituto Nacional de Saúde no Trabalho / Central Única dos Trabalhadores (INST/CUT), [s.d.]).

Já abordando a questão das configurações que assumem as atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS nos locais de trabalho, ao analisar as duas Portarias citadas, é interessante observar que, se por um lado, elas estabelecem a obrigatoriedade da implementação de atividades de prevenção da AIDS nas empresas, por outro, estão conformadas de modo a permitir que as empresas, dentre suas ações voltadas à saúde dos trabalhadores, possam realizar o mínimo possível de atividades direcionadas para a prevenção da AIDS.

A Portaria nº 3.195, de 1988, que instituiu a CIPAS (Campanha Interna de Prevenção à AIDS), conforme já mencionado, integra a campanha à CANPAT (Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes). A CANPAT, por sua vez, faz-se presente na empresa através da SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho), cuja realização é de periodicidade anual. Assim, na empresa, a CIPAS é uma campanha integrante da SIPAT, o que permite que, legalmente, quanto à periodicidade de sua realização, assuma uma característica pontual mínima (no caso, anual).

Isso é reforçado pela NR-5 quando, conforme também já citado, designa à CIPA a participação, anual, em conjunto com a empresa, em Campanhas de Prevenção da AIDS.

A Portaria nº 3.195 também toca em alguns aspectos didáticos da CIPAS quando relaciona algumas atividades que podem constituir a campanha. Embora entre as ações educativas/informativas relacionadas estejam algumas cuja forma de comunicação são marcadas pela *dialogicidade* (interação entre educadores e educandos), como os debates e as palestras (quando estas possibilitam a relação dialógica), a lei tende a privilegiar as atividades de característica comunicacional *unilinear* (transmissão de informações em mão única, unilateral, do educador para o educando). Nesse sentido, são relacionadas as palestras, a imprensa falada e escrita, distribuição de cartazes, livretos, cartilhas e folhetos, além de exibição de filmes e slides.

Dessa forma, a Portaria, no que tange aos meios de educação / informação, possibilita que a forma de comunicação utilizada na campanha adquira uma configuração mínima, marcada predominantemente pela *unilinearidade*.

Minha vivência no campo da ARH e o contato com outros profissionais da área, levam-me a supor (ainda que sob uma ótica empírica e, portanto, não fundamentada em dados quantitativos, estatísticos) que, seguindo o mínimo do que as leis estabelecem, as empresas geralmente realizam a CIPAS em periodicidade anual, durante a SIPAT, sob a forma de palestras, afixação de cartazes e distribuição de cartilhas e folhetos informativos que enfatizam a transmissão (unilateral) de informações biomédicas básicas sobre a doença (conceituação e história do HIV/AIDS e as formas de transmissão e prevenção do vírus).

Cabe, aqui, dizer que, também tenho constatado (empiricamente) que de maneira geral as empresas não vêm desenvolvendo atividades de avaliação nos/dos programas de prevenção que ministram.

Feitas essas observações, há que se questionar se uma campanha de prevenção da AIDS, de periodicidade anual (pontual), com uma comunicação unilinear, enfocando basicamente os aspectos biomédicos da prevenção e que não seja objeto de avaliação, possa possibilitar mudanças efetivas nas atitudes dos trabalhadores em relação à doença.

No “*Manual de diretrizes técnicas para a elaboração e implantação de Programas de Prevenção e Assistência em DST/AIDS no local de trabalho*”(MS/CN-DST/AIDS, 1998b) encontramos algumas soluções para essa questão.

Sobre a pontualidade na realização da campanha, alguns autores criticam as empresas que partem para atividades pontuais sem possibilitar aos profissionais envolvidos nestas atividades a possibilidade de planejar ou mesmo refletir sobre a complexidade de fatores levantados pela questão da AIDS no local de trabalho. Também salientam que intervenções eficazes de prevenção não podem depender de eventos pontuais e isolados, mas devem estar envolvidas numa variedade de atividades e serviços coordenados de modo continuado e sustentado (Piovesan et al., 1998; Solano, 1998; Solano e Hildenbrand, 1998).

Sobre a forma de comunicação unilinear na realização de palestras e na distribuição de materiais informativos esse autores explicam que algumas campanhas desenvolvidas dentro das empresas não têm atingido os trabalhadores porque utilizam estratégias equivocadas. Muitos profissionais partem diretamente para atividades de informação sem sensibilizar/motivar os trabalhadores para a prevenção. Ressaltam que é um erro acreditar que somente a organização de palestra sobre AIDS na SIPAT e a distribuição de algum

material informativo já constituem a solução para a prevenção da doença (Piovesan et al., 1998; Solano, 1998; Solano e Hildenbrand, 1998).

O “*Manual*” recomenda a adoção de estratégias de comunicação não só unilineares, mas, também, dialógicas no trabalho de prevenção:

... programas de prevenção e controle às DST/AIDS não são concebidos para favorecer a um tipo de comunicação em detrimento dos outros. Ao contrário, são pensados no sentido de conjugar diversos tipos e canais de comunicação. (Solano e Hildenbrand, 1998).

... não se deve esquecer nunca que estamos lidando com pessoas e com emoções e que, por isso, devemos procurar, em todas as nossas atividades, colocar-nos face-a-face com nossos interlocutores. (Solano, 1998).

A experiência nacional e internacional na área de informação, educação e prevenção de AIDS comprovou (...) que a melhor estratégia que se pode adotar para conseguir uma efetiva mudança de comportamento é a intervenção face-a-face, isto é, estratégias de educação que colocam quem está ensinando numa relação de comunicação direta interpessoal, preferencialmente individual ou em pequenos grupos, com seus interlocutores. (...) A equipe que irá elaborar e implementar tal programa deve prestar especial atenção àquelas que pressupõem uma relação face a face com os funcionários. (Solano e Hildenbrand, 1998).

Sobre o conteúdo educacional, as dimensões presentes na prevenção da AIDS, o “*Manual*”, além de abranger os aspectos biomédicos básicos da prevenção, aponta que há outras questões a serem abordadas neste trabalho, entre elas, o combate ao preconceito, estigmatização e discriminação dos portadores do HIV e doentes de AIDS, o convívio com os HIV soropositivos no local de trabalho e na sociedade e o impacto psicológico do exame sorológico (Branco, Solano e Domingues, 1998).

O documento também traz passagens referentes à crítica da ausência de avaliação nos/dos programas de prevenção ministrados pelas empresas:

A avaliação é um processo constante de monitoramento que permite exercer um controle direto não só no desenvolvimento do programa/projeto (ou seja, do processo), como também possibilita checar o resultado final (ou seja, o produto). (Contrera e Solano, 1998).

A avaliação é que dá o norte de nossas ações, indica o que está certo, o que está errado, onde houve desvios, se eles podem ou não ser corrigidos, e assim por diante. E é ela também que nos dirá se chegamos onde queríamos, e se iremos obter o que pretendíamos. (Contrera e Solano, 1998).

... [o desejado] não é só alcançar um resultado positivo, mas saber se as ações propostas para o trabalho em execução foram as mais corretas e eficazes. (Contrera e Solano, 1998).

Pelo que foi exposto, pode-se deduzir que, em relação ao mínimo de ações permitidas pela legislação, as práticas educativas propostas pelo “*Manual*” representam um avanço qualitativo para o fomento das atividades de prevenção da AIDS no local de trabalho.

Problema, objetivo, questões de estudo e justificativas da pesquisa

Embora com a edição do “*Manual*” tenha-se dado um importante passo para o desenvolvimento e implementação dos programas de prevenção da AIDS nos locais de trabalho, observo que há na literatura uma escassez de análises / avaliações sobre as experiências das empresas que ministram tais programas, estejam elas seguindo ou não as recomendações propostas pela CN-DST/AIDS.

Tomando como problema de pesquisa essa lacuna na produção acadêmica, tenho como objetivo neste estudo *fazer uma análise crítica sobre os aspectos teórico-metodológicos que orientam as atividades de Educação em Saúde de um Programa de prevenção da AIDS de uma empresa de grande porte do município de Campinas (SP), no sentido de, à luz de referenciais teóricos específicos e a partir da metodologia de pesquisa qualitativa (tendo como modalidade de pesquisa o estudo de caso), produzir conhecimentos e críticas sobre as configurações, alcances e limites dessas atividades.*

Entendo que toda atividade educativa é transpassada por elementos que trazem em si concepções de mundo, de sociedade, de homem e de educação, além de outras concepções que dizem respeito a cada processo educativo específico.

Tomo essas concepções como os *aspectos teóricos* das ações educacionais. Aludem à forma como o educador, consciente ou inconscientemente, organiza seu conhecimento. Imbuídas de ideologias, de valores sociais, orientam a ação educativa, estruturando o que

identifico como os *aspectos metodológicos* das práticas educativas. Tais aspectos referem-se ao modo como o educador planeja seu trabalho, organiza sua didática, seleciona os conteúdos programáticos a serem oferecidos e avalia o processo educativo, bem como à maneira como interage, comunica-se com os educandos¹².

Constituem questões de estudo as seguintes temáticas que norteiam um Programa de Prevenção da AIDS no local de trabalho:

Aspectos teóricos:

- Concepções de sociedade, de homem e de trabalho utilizadas;
- Concepções de Saúde, Saúde do Trabalhador e Educação/Educação em Saúde; e
- Conhecimentos e sentidos sobre a prevenção do HIV/AIDS.

Aspectos metodológicos:

- Diretrizes operacionais (diagnóstico, planejamento, execução e avaliação) que delineiam o Programa de prevenção do HIV/AIDS.

A relevância dessa pesquisa se exprime em seu compromisso político, social e científico: em primeiro lugar, pela finalidade de produzir análises que possam contribuir para o avanço qualitativo dos conhecimentos teórico-metodológicos sobre as atividades de Educação em Saúde que orientam os Programas de Prevenção da AIDS no local de trabalho; e, em segundo, pela possibilidade de fomentar o diálogo entre várias instituições (governo, empresas, sindicatos, universidades, ONGs/AIDS e instituições públicas e privadas de educação e saúde) e, mesmo na sociedade civil, acerca da importância do desenvolvimento e realização de programas contínuos e efetivos de prevenção da AIDS nos locais de trabalho.

Ambos os aspectos visam, em última instância, contribuir para uma melhor qualidade de vida e saúde do trabalhador.

12. Embora faça uma distinção entre aspectos *teóricos* e *metodológicos* na ação educativa, considero-os na sua articulação dialética. Daí, o uso do termo *aspectos teórico-metodológicos* utilizado no enunciado do objetivo desse trabalho.

Estrutura da dissertação

Estruturalmente, a Dissertação está disposta da seguinte forma:

A *Introdução*, já apresentada.

No Capítulo 1, “*Referenciais teórico-metodológicos*”, justifico, nesse estudo, a utilização da pesquisa qualitativa e do estudo de caso enquanto metodologia e modalidade de pesquisa. Apresento alguns apontamentos sobre os instrumentos de obtenção e análise de informações utilizados. Caracterizo meu objeto de estudo (uma empresa metalúrgica de grande porte do município de Campinas, SP), bem como os sujeitos que constituíram fontes de informações da pesquisa. Também discorro sobre os marcos teóricos que nortearam as análises desenvolvidas nesse estudo.

No Capítulo 2 apresento “*A proposta oficial de prevenção da AIDS no local de trabalho da CN-DST/AIDS*” (do Ministério da Saúde). Nele teço algumas análises sobre essa proposta buscando destacar seus aspectos positivos e apontar algumas lacunas teórico-metodológicas nela presentes.

No Capítulo 3, “*Apresentação e análise de informações*”, faço a exposição e análise das informações obtidas no transcorrer da pesquisa.

Em seguida, em “*Considerações finais*”, trago algumas observações finais sobre o conjunto da pesquisa.

REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

1.1. Pesquisa Qualitativa e Estudo de Caso

Buscar analisar criticamente os aspectos teórico-metodológicos de uma atividade de Educação exige procurar identificar os significados e as articulações dos diversos elementos que compõem esses aspectos, bem como situá-los dentro da complexidade, do contexto geral (econômico, político, social, cultural, filosófico, histórico, geográfico, religioso e estético) do qual fazem parte.

Frente a essa exigência, a tarefa de análise crítica só pode ser realizada mediante a utilização de uma metodologia de pesquisa que proporcione subsídios (teóricos e instrumentais) para uma análise social e qualitativa de tais aspectos.

Isso remete à primeira característica metodológica deste estudo: a adoção da *Metodologia de Pesquisa Qualitativa* tendo como referências teóricas de análise elementos dados pelas Ciências Sociais.

Citações de alguns autores endossam a utilização dessa abordagem de pesquisa neste estudo:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos,

aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo, 1994, p. 21-22).

A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas... (Minayo, 1994, p. 22).

...[estudo qualitativo] é o que se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. (Lüdke e André, 1986, p. 18).

A segunda característica metodológica deste trabalho é o uso do *Estudo de Caso* como modalidade de pesquisa.

O estudo de caso é o estudo de um caso... (Lüdke e André, 1986, p. 17).

E, por se tratar de um estudo de caso em uma organização (empresa), podemos classificá-lo, como nos indica Triviños (1987), de um *Estudo de Caso Situacional*:

... refere-se a eventos específicos que podem ocorrer numa organização. (Triviños, 1987, p. 136).

A opção pelo estudo de caso como meio de investigação demanda que duas observações sejam feitas.

Na primeira, chamo a atenção para a defesa que Laville e Dionne (1999) fazem do estudo de caso frente à crítica de alguns autores apontando que essa modalidade de pesquisa produz resultados e explicações sobre determinadas situações - cujas características são particulares - que não podem ser generalizadas a outras.

A essa crítica Laville e Dionne respondem que, mesmo se tratando do estudo de situações singulares, tais pesquisas fornecem elementos que, além de possibilitar melhor compreender a situação estudada, também, podem sim, servirem como base de entendimento para outras situações.

O estudo de caso é freqüentemente criticado. A principal censura feita a ele é de resultar em conclusões dificilmente generalizáveis. Mesmo que o pesquisador queira escolher casos representativos de um conjunto, os que ele

considera podem ser marginais, excêntricos, resultando, afirma-se, que essa abordagem dificilmente poderá servir à verificação de hipóteses gerais ou de teorias que ele terá, aliás, contribuído para fazer melhorar. (Laville e Dionne, 1999, p. 156).

É verdade que as conclusões de tal investigação valem de início para o caso considerado, e nada assegura, a priori, que possam se aplicar a outros casos. Mas também nada o contradiz: pode-se crer que, se um pesquisador se dedica a um dado caso, é muitas vezes porque ele tem razões para considerá-lo como típico de um conjunto mais amplo do qual se torna o representante, que ele pensa que esse caso pode, por exemplo, ajudar a melhor compreender uma situação ou um fenômeno complexo, até mesmo um meio, uma época... (Laville e Dionne, 1999, p. 156).

Pode-se desde logo responder que não há ganho inútil, concernente aos conhecimentos sobre as pessoas ou os fenômenos humanos, estes como aqueles conservam sempre características muito pessoais ou particulares cujo destaque aumenta a compreensão. (Laville e Dionne, 1999, p.156).

A segunda observação se relaciona à importância do estudo de caso enquanto modalidade de investigação pelo grau de aprofundamento que pode atingir na busca da compreensão de determinado fenômeno ou situação.

É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. (Triviños, 1987, p. 133).

O interesse, portanto, incide naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações. Quando queremos estudar algo singular, que tenha um valor em si mesmo, devemos escolher o estudo de caso. (Lüdke e André, 1986, p. 17).

A vantagem mais marcante dessa estratégia de pesquisa repousa, é claro, na possibilidade de aprofundamento que oferece, pois os recursos se vêm concentrados no caso visado, não estando o estudo submetido às restrições ligadas à comparação do caso com outros casos. (Laville e Dionne, 1999, p. 156).

1.2. Instrumentos de obtenção e análise de informações

Em consonância com a utilização da Metodologia de Pesquisa Qualitativa foram utilizados três instrumentos de obtenção de informações:

- Entrevista semi-estruturada;
- Análise documental (de documentos escritos oficiais e não oficiais); e
- Anotações de campo.

A entrevista semi-estruturada é uma

Série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento. (Laville e Dionne, 1999, p. 188).

Essa “*ordem prevista*” se refere ao roteiro de perguntas organizado através dos referenciais teóricos que norteiam o desenvolvimento da pesquisa, bem como das informações sobre o objeto de estudo recolhidas por meio das próprias entrevistas, análises de documentos e registros de campo.

... [entrevista semi-estruturada é] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessa à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

É útil esclarecer para evitar qualquer erro, que essas perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semi-estruturada, no enfoque qualitativo, não nasceram a priori. Elas são resultados não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive, realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas. (Triviños, 1987, p. 146).

A análise documental é utilizada de forma articulada com outras técnicas de coleta de informações, é um instrumento de grande valia na Pesquisa Qualitativa.

... [os documentos] representam ainda uma fonte ‘natural’ de informações. Não só apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado conteúdo e fornecem informações sobre esse mesmo contexto. (Lüdke e André, 1986, p. 39).

... a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. (Lüdke e André, 1986, p. 38).

As anotações de campo compreendem o registro e análise das observações e reflexões efetuadas durante as atividades de campo (contatos iniciais com o objeto de estudo, entrevistas, acesso à / obtenção de documentos) para posterior análise.

...[Trata-se do] relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo. (Bogdan e Biklen, 1994, p. 150).

Num sentido restrito, podemos entender as anotações de campo, por um lado, como todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as, primeiro, e fazendo comentários críticos, em seguida, sobre as mesmas. (Triviños, 1987, p.154).

Como forma de análise das informações coletadas, segui três etapas.

Na primeira fase, a *Pré-análise*, fiz a organização do material de informações coletadas.

Na segunda, a *Descrição analítica*, realizei os procedimentos de codificação, classificação e categorização do material.

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. (Gomes, 2000, p. 70).

As categorias foram elaboradas através de elementos dados pelos referenciais teóricos que norteiam este estudo, bem como de novos elementos provenientes do trabalho de campo.

As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. Esse tipo requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas. Segundo nosso ponto de vista, o pesquisador deveria antes do trabalho de campo definir as categorias a serem investigadas. Após a coleta de dados, ele também deveria formulá-las visando a classificação dos dados encontrados em seu trabalho de campo. Em seguida, ele compararia as categorias gerais, estabelecidas antes, com as específicas, formuladas após o trabalho de campo. (Gomes, 2000, p. 70).

Na terceira, *Interpretação referencial*, fiz uma reflexão aprofundada sobre as informações (agora dispostas em categorias) através de um trabalho de *Análises Temáticas*.

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo. (Minayo, 2000, p. 208).

Essa etapa constituiu a conclusão do objetivo desta pesquisa, a produção, a partir da pesquisa qualitativa e do estudo de caso, de uma *análise crítica dos aspectos teóricos metodológicos das atividades de Educação em Saúde para a prevenção da AIDS no local de trabalho*.

1.3. Características do objeto de estudo e das fontes de informações

O estudo de caso foi realizado no período de janeiro a outubro de 2001 em uma empresa de grande porte do setor metalúrgico, produtora de motores elétricos de médio e grande portes¹³, situada no município de Campinas, São Paulo¹⁴.

A empresa foi criada em 1961 como unidade de uma multinacional norte-americana. Em 1992, tornou-se uma *joint venture*¹⁵ composta por três grandes empresas. Atualmente, sua direção está a cargo da acionista principal, a multinacional norte-americana fundadora da empresa.

A organização possui um quadro de 1.040 trabalhadores, sendo 740 efetivos (140 alocados nas áreas administrativas e 600 nas áreas de produção) e 300 terceirizados (distribuídos nas áreas de segurança, alimentação, conservação e limpeza, manutenção, engenharia, serviço ambulatorial, assessoria e serviços administrativos).

Seus serviços de saúde estão assim estruturados:

1. *Ambulatório Médico*, composto pelos seguintes profissionais: Médico do Trabalho (autônomo) e profissionais de uma empresa de prestação de serviços (terceirizada): Clínicos Gerais (dois); Cardiologista; Ortopedista; Fonoaudióloga (que é Técnica em Enfermagem e supervisiona a equipe de Enfermagem); Auxiliares de Enfermagem (três, que atualmente cursam o Técnico em Enfermagem); Dentista; e Fisioterapeutas;
2. *E.H.S.* (Environment, Health and Safety)¹⁶, formado por: Gerente do E.H.S.; Engenheiro de Segurança; Técnicos em Segurança (três); e o Médico do Trabalho;
3. *CIPA*, constituída por: seis membros designados pelo empregador; e seis membros titulares e cinco suplentes designados pelos empregados; e
4. *Convênio Hospitalar*: atende às demandas que exigem a prestação de serviços não oferecidos pelo Ambulatório Médico (exames, consultas, tratamentos e cirurgias).

13. Motores de indução e máquinas síncronas de média e alta tensão para indústrias químicas, petroquímicas, de mineração, papel e celulose, siderurgia e saneamento básico, entre outras.

14. O contato com a empresa foi efetuado através da Lexdus Consultoria de Recursos Humanos.

15. Empresa formada pela associação de várias empresas.

16. A tradução é “Meio-ambiente, Saúde e Segurança”. Denominação dada ao SESMT da empresa.

Historicamente, tomo como análise o Programa de prevenção da AIDS desenvolvido pela empresa no ano de 2001.

Informações obtidas com o Médico do Trabalho e representantes da CIPA esclareceram que, em relação a esse programa, foram promovidas as seguintes atividades:

- no Carnaval: distribuição de preservativos masculinos obtidos com o CTA/COAS (Centro de Testagem e Aconselhamento / Centro de Orientação e Apoio Sorológico) da Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal de Campinas;

- na SIPAT, realizada no mês de maio:

- palestras sobre “Saúde Ocupacional” e “Prevenção da AIDS” (Anexo 9) ministradas pelo Médico do Trabalho; e

- distribuição de panfletos sobre prevenção da AIDS (Anexo 11);

- em murais: afixação de cartazes (Anexo 10).

Além dessas atividades, o Médico do Trabalho tem estado à disposição dos trabalhadores para esclarecimentos de dúvidas sobre a doença.

As fontes de informações são constituídas por profissionais envolvidos com o Programa de prevenção da AIDS e por documentos.

Alguns profissionais direta ou indiretamente envolvidos no desenvolvimento e execução do Programa de prevenção da AIDS na empresa são: o Gerente de Recursos Humanos; o Médico do Trabalho; o Engenheiro de Segurança, representante do E.H.S. (SESMT) e do empregador na CIPA; e um Analista de Processo, representante dos empregados na CIPA¹⁷.

Esses profissionais foram abordados através de entrevistas semi-estruturadas (Anexos 4 a 7) mediante permissão efetivada pela leitura e assinatura do documento “Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa” (Anexo 2).

Também foi entrevistado (Anexo 8), mediante consentimento (Anexo 3), um dos diretores do “Sindicato dos trabalhadores nas indústrias metalúrgica, mecânica e de material elétrico de Campinas, Americana, Nova Odessa, Sumaré, Monte Mor, Indaiatuba,

17. Os profissionais Psicólogo e Assistente Social não fizeram parte da pesquisa devido a empresa não os ter em seu quadro de trabalhadores.

A diretoria/gerência não permitiu a realização de entrevista com o representante sindical na empresa. Foi alegado que a empresa tem receio de que o sindicato possa distorcer os objetivos da pesquisa vindo a considerar que esta tenha a finalidade de identificar os trabalhadores soropositivos para que sejam demitidos, o que geraria severos problemas trabalhistas para a empresa, bem como para o desenvolvimento da própria pesquisa.

Valinhos, Paulínia e Hortolândia”, filiado à CUT, acerca do papel sindical nas atividades de prevenção da AIDS entre os trabalhadores dessas categorias.

A obtenção e análise de documentos estão presentes em três momentos da pesquisa.

O primeiro, no levantamento e análise bibliográfica que, como visto na *Introdução*, deu origem a parte da problematização deste estudo.

O segundo também está presente na *Introdução* quando analiso as leis que instituem a realização das atividades de prevenção da AIDS nos locais de trabalho e alguns conteúdos educacionais do “*Manual de diretrizes técnicas para a elaboração e implantação de Programas de Prevenção e Assistência em DST/AIDS no local de trabalho*” editado pela CN-DST/AIDS.

O terceiro diz respeito à análise das entrevistas, do material educativo/informativo utilizado pela empresa no Programa de prevenção da AIDS (Anexos 9 a 11) e das anotações de campo.

1.4. Contexto atual da situação do trabalho no Brasil

Considerando que as atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS estudadas ocorrem no âmbito de uma empresa situada numa sociedade capitalista (marcada fundamentalmente pelo Neoliberalismo e a Globalização) que traz em si concepções (capitalistas) de sociedade, de homem e de trabalho, pode-se supor que todas as atividades que ocorrem nessa empresa são permeadas por essas concepções, o que inclui as atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS.

Partindo dessa suposição, acredito ser necessário situar o leitor sobre as grandes transformações na organização do trabalho e da produção que, principalmente a partir dessas duas últimas décadas, vêm bruscamente afetando todo o mundo e gerando um grande fosso entre a riqueza e a miséria.

A consulta aos artigos de Dedecca (1998) e Mattoso (1998) permite traçar uma síntese do contexto atual do trabalho no Brasil.

Se entre os anos 30 a 70 o Brasil possuía um parque industrial voltado para o mercado interno, na década de 80, as rápidas mudanças no mundo marcadas sobretudo pela

globalização econômica, inovação tecnológica e gênese do Estado Neoliberal começaram a se expressar no país, forçando o abandono do sistema industrial até então vigente em prol de uma abertura de mercado que se inicia nessa década e se concretiza na seguinte.

Essa abertura é caracterizada pela estruturação e desenvolvimento de um parque industrial direcionado para a exportação e um mercado interno aberto a produtos importados.

Esse novo modelo de mercado lançou as empresas brasileiras numa competição acirrada com empresas internacionais (para garantir mercado interno e externo) exigindo a adoção de novas formas de organização da produção e da racionalização do trabalho tendo em vista o aumento da produtividade, a melhoria da qualidade e a redução dos custos do trabalho vivo incorporado à produção.

É nesse contexto somado a um mercado de trabalho nacional historicamente pouco estruturado e organizado, carente de políticas de emprego consistentes e padrões de negociação coletiva para valorização da formação profissional do trabalhador que surge um novo discurso de reorganização ocupacional que marca a passagem da *qualificação* para a *competência*¹⁸.

A *competência* traz um profundo impacto no mundo do trabalho assinalando o estabelecimento de dois universos: os “incluídos” e os “excluídos” no mercado de trabalho formal.

De forma geral, os “incluídos” são formados por aqueles trabalhadores (*competentes*) que tiveram/têm acesso a uma educação formal (geral e profissional) de melhor qualidade e por outros trabalhadores que mesmo não possuindo educação formal e qualificação profissional “diferenciada”, ainda assim, conseguem participar do mercado de trabalho formal.

Os “excluídos” são compostos pelos trabalhadores subempregados, que participam do mercado de trabalho informal (possuem emprego, mas, não têm carteira profissional

18. Se na *qualificação* o referencial ocupacional era marcado pelas habilidades técnicas do trabalhador e os postos de trabalho eram regulados por negociações entre o Estado, as empresas e os sindicatos (representantes dos trabalhadores), na *competência*, o referencial ocupacional, além de considerar as habilidades técnicas, inclui determinados conhecimentos, valores e atitudes (para maiores informações sobre as características do trabalhador *competente* consultar Zarifian (1996)) que passam a ser exigidos do trabalhador frente às novas formas de organização produtiva. Além disso, na *competência*, a regulação dos postos de trabalho é ditada pelas empresas (sustentadas pelo apoio do Estado Neoliberal). Com isso, vê-se intensamente reduzido o poder de representatividade do trabalhador nessa questão.

assinada, estando, portanto, excluídos dos benefícios sociais oriundos do trabalho formal) e pelos desempregados.

A par disso, a precarização do trabalho atinge a maior parte dos trabalhadores (“incluídos” e “excluídos”), gerando inseguranças relacionadas: à empregabilidade (não há mais a estabilidade no emprego); à renda (a perda do poder aquisitivo devido ao processo inflacionário); à contratação de mão-de-obra (cada vez mais surgem novos requisitos para a contratação de candidatos a emprego. Nem sempre os trabalhadores, mesmo empregados, conseguem adquirir as novas exigências ocupacionais - conhecimentos, valores e habilidades - ditadas pelo mercado de trabalho); e à representatividade do trabalhador (a perda do poder de negociação sindical).

A *competência* também marca a substituição da *ética da solidariedade* pela *ética da eficiência* que tem como principal característica o individualismo. Recai no indivíduo o sucesso por sua *competência* ou a culpa por seu “fracasso”.

Nesse contexto, o discurso da educação/capacitação surge como panacéia para tornar o trabalhador “competente” (Mirshawka, 1990; Boog (Coord), 1994; Zarifian, 1996). Entretanto, o Estado pouco investe na formação profissional do trabalhador. Algumas empresas passam, ainda que limitadamente, a fazer esse papel. Na verdade, na maioria dos casos, fica a cargo do trabalhador os custos com recursos para se tornar “competente”.

Na contramão dessa história, o debate atual sobre soluções para a precariedade da situação do trabalho no mundo (entre aqueles que realmente estão mais preocupados com a satisfação das necessidades humanas e menos com o mercado) busca a limitação da concorrência entre as empresas e Estados, a recuperação dos espaços dos Estados Nacionais e um maior controle da globalização financeira, tendo como objetivo a retomada de um crescimento econômico sustentado com equidade e justiça social.

1.5. A Sociologia da Vida Cotidiana de Agnes Heller¹⁹

Para a análise das concepções de sociedade, de homem e de trabalho presentes nas atividades de prevenção da AIDS parto da perspectiva neomarxista de Agnes Heller para fazer a crítica dessas concepções quando transpassadas por um ideal puramente capitalista.

Assim, apresento alguns dos fundamentos da Teoria do Cotidiano da filósofa húngara que orientam tal crítica. Esse referencial teórico ainda tem outra dimensão: propor uma visão de mundo (*Weltanschauung*) que oriente a práxis do Educador em Saúde.

Quem é Agnes Heller

Agnes Heller é uma filósofa neomarxista, nasceu na Hungria em 1929. Discípula de Lukács, é considerada a figura mais proeminente da Escola de Budapeste. Viveu no mundo soviético até 1978. A partir dessa data, migrou para países capitalistas. Lecionou na Austrália e atualmente centraliza suas atividades nos Estados Unidos.

Sua obra é vasta, podendo ser classificada em dois grupos. Um que trata da História da Filosofia, outro que tem como temas centrais a Teoria do Cotidiano e a Teoria das Necessidades. Seu pensamento volta-se para a construção de uma teoria da práxis social pautada na vida cotidiana. Suas preocupações têm como cerne a ética e a moral, a política, a vida social, os valores sociais, a práxis, a razão, os sentimentos e os instintos humanos, os preconceitos, a história, o trabalho²⁰, a Modernidade, a Pós-Modernidade, o destino das esquerdas, a crítica a Marx (Teoria dos Valores, Teoria das Necessidades, os Paradigmas do Trabalho e da Produção).

19. O texto é uma síntese de um recorte teórico na obra de Agnes Heller que trata de alguns elementos de sua Sociologia da Vida Cotidiana. Para sua produção foram consultadas publicações de Patto (1993), Carone (1995), Granjo (1996), além de obras da própria Heller (1982, 1992).

20. “Por trabalho deve-se entender a atividade livre, consciente, universal, e para-si, na qual se objetivam a existência humana e a vida não alienada. De outro tipo é o trabalho alienado, a partir do qual a própria vida se aliena e que emerge da sociedade capitalista.” (Granjo, 1996, p. 14)

A partir de 1978 Heller inicia sua crítica a Marx, porém, conserva elementos de seu pensamento²¹. Busca avançar no ideal marxista (através de um ecletismo filosófico pautado, em partes, na devoção ao marxismo de Rosa Luxemburgo e ao existencialismo de Sartre) procurando construir uma fundamentação teórica para um projeto político-pedagógico de “mudar a vida” nas sociedades atuais marcadas pela exploração econômica e pela dominação cultural.

Na estruturação de um pensamento que visa trazer contribuições para a solução das questões políticas, sociais e econômicas de nossa época, Heller volta-se para a elaboração de uma Sociologia da Vida Cotidiana, em que, partindo da crítica aos Paradigmas do Trabalho e da Produção de Marx, elabora uma teoria na qual redefine o sujeito da transformação histórica, o lugar e as estratégias da transformação social negadora das sociedades de classes.

O sujeito, o lugar e as estratégias da transformação social

Para Heller, há uma contradição fundamental na obra de Marx que em um primeiro momento aponta a classe operária como o sujeito da transformação social e, num segundo momento, atribui essa transformação às ambigüidades do próprio modo de produção capitalista.

Para a pensadora, o Paradigma do Trabalho (Manuscritos econômicos-filosóficos) aloca o operariado como sujeito transformador da história. A revolução passa pela subjetividade, pela individualidade da classe operária. Já o Paradigma da Produção (O capital), por sua vez, indica que as mudanças sociais são decorrentes das contradições inerentes à própria formação capitalista, à forma de produção capitalista. O processo histórico nesse caso é algo objetivo, não passa pela subjetividade de uma classe explorada.

21. Heller como pensadora neomarxista faz crítica a Marx, entretanto, resgata de sua obra subsídios ainda importantes na formulação de soluções para a crise da sociedade moderna (em uma época de crise da ortodoxia e das grandes teorias explicativas). Heller acredita que ser marxista não significa repetir Marx ou defender uma posição marxista ortodoxa. Significa, sim, almejar a transformação da sociedade capitalista em socialista. Contudo, mesmo não tomando as idéias de Marx como um dogma, ressalta sua importância como busca de superação dos problemas do momento histórico em que o pensador viveu. Procurando atualizar o pensamento marxista, Heller dedica-se a encontrar alternativas filosóficas e sociais para questões atuais que não poderiam ser estudadas por Marx e seus antecessores. Segundo Heller, por exemplo, na atualidade não se é possível realizar a utopia marxista de uma sociedade sem Estado ou sem produção de mercadorias. Hoje, a questão é: que Estado queremos construir e que tipo de produção de mercadorias queremos implantar ?

Heller é de opinião que nem o Paradigma do Trabalho e nem o Paradigma da Produção trazem soluções que possam dar conta dos problemas políticos, econômicos e sociais de nossa época²². Como alternativa, formula o Paradigma da Estrutura das Objetivações Sociais, a espinha dorsal de sua Teoria do Cotidiano.

Para Heller o Paradigma da Estrutura das Objetivações Sociais contém os Paradigmas do Trabalho e da Produção de Marx, bem como os demais paradigmas até hoje aceitos pela Filosofia. Por isso, constitui uma teoria da práxis social necessária à superação da sociedade capitalista.

Com esse paradigma Heller identifica na vida cotidiana as esferas das objetivações sociais *em si*, *para si* e *em si e para si*.

A esfera das objetivações sociais *em si* diz respeito à continuidade da vida social. Todo indivíduo ao nascer é jogado na vida cotidiana e socializado (através da assimilação do uso dos objetos, a observação dos costumes culturalmente definidos e a linguagem, além do que, a intersubjetividade individualmente apropriada), passando a desempenhar o papel que lhe é reservado (e imposto) na divisão social do trabalho (alienação). Age através de uma razão prática (conforme o bom senso e normas socialmente apreendidas) necessária à sobrevivência na vida cotidiana. E por pensar e agir de forma a não questionar e contestar a estrutura da vida cotidiana reproduz as relações sociais (pautadas nas diferenças de classes sociais) já cristalizadas. Produz, assim, o que Heller chama de objetivações sociais *em si*.

Mas a cultura também apresenta ao indivíduo a possibilidade de outras formas de objetivações sociais. Trata-se das esferas das objetivações sociais *para si* (propiciada por elementos como as artes, a ciência, a religião e a filosofia) e *em si e para si* (propiciada pelas inúmeras instituições sociais).

A esfera das objetivações sociais *para si* refere-se aqueles pensamentos e ações que buscam superar a alienação da vida cotidiana. As artes, a ciência, a religião e a filosofia, por exemplo, podem fornecer subsídios ao indivíduo para o desenvolvimento da razão prática (orientada para a reprodução do cotidiano e das relações sociais vigentes) em razão teórica (que questiona e contesta o cotidiano e as relações sociais).

22. Não necessariamente uma revolução social é impulsionada pela classe operária. É difícil conceber, por exemplo, o operariado norte-americano como sujeito de uma revolução. Por outro lado, a globalização econômica vigente na atualidade mostra a flexibilidade que tem o modelo de produção capitalista de superar suas próprias contradições no mesmo tempo que garante sua continuidade.

Assim, o indivíduo pode produzir realidades objetivas *para si*, ou seja, ações conscientemente voltadas para a satisfação de suas necessidades, bem como as da comunidade em que vive (práxis).

Dessa forma, embora Heller tome a vida cotidiana como *locus* da produção de alienação (objetivações *em si*), também a considera como *locus* da libertação (realidades objetivas *para si*).

Com a Teoria do Cotidiano, Heller questiona o papel de uma única classe (a operária) e dos partidos, como os motores da história. Para ela, uma teoria revolucionária deve expressar a voz de todos aqueles segmentos da sociedade, alvos de exploração, dominação e discriminação, que padecem dos *carecimentos radicais*²³. São esses sujeitos (individual e/ou coletivamente) que, movidos por sua ação moral e participação política, produzem a verdadeira revolução socialista a partir da vida cotidiana²⁴.

Embora Heller considere a vida cotidiana como lugar de produção da subjetividade alienada, também a considera o lugar de construção da subjetividade revolucionária. É a

23. *Carecimentos radicais* são necessidades nascidas na sociedade capitalista em consequência do desenvolvimento da sociedade civil, mas que não podem ser satisfeitas dentro dos limites dessa sociedade (o capitalismo para se manter produz os ideais de igualdade e liberdade (o discurso da democracia) dando margem ao advento da sociedade civil. Em determinado momento histórico, essa sociedade civil, para a satisfação de seus carecimentos radicais passa a cobrar do sistema que o discurso da democracia seja realmente efetivo). Os carecimentos radicais constituem-se, portanto, elementos motores de superação da sociedade capitalista.

Mas, é necessário dizer que nem todos carecimentos são radicais, fatores de transformação social. Uma classe operária, por exemplo, pode sofrer seus carecimentos sociais, porém, não a ponto de se tornarem necessidades radicais impulsionadoras de uma ação revolucionária (Embora Heller não negue o papel do operariado nas lutas sociais, não o vê necessariamente como o motor da história).

Para Heller, os sujeitos das grandes transformações histórico-sociais são todas as estratos e classes sociais que padecem dos carecimentos radicais (grupos de jovens, mulheres, negros, minorias discriminadas, etc.). São esses os sujeitos capazes de realizar a “revolução invisível”, lenta e gradual (mas, efetiva), que se expressa a partir da vida cotidiana.

Aqui é fundamental esclarecer que os carecimentos radicais não dizem respeito apenas às necessidades materiais dos indivíduos, o acesso aos bens materiais produzidos pela sociedade. Ligam-se, também, às necessidades de liberdade, de expressão, de igualdade, de justiça, de direito à propriedade (No sentido de que todos possam ter sua propriedade. Para Heller, não enquanto propriedade privada, mas propriedade coletiva social, em que todos são proprietários), etc. Também é imprescindível deixar claro que, segundo Heller, numa sociedade onde há democracia formal, o discurso racional (a argumentação, o diálogo, na acepção habermasiana) constitui uma saída possível na busca de soluções para a satisfação das necessidades dos grupos que padecem os carecimentos radicais nessa sociedade.

Nas sociedades em que não há uma democracia formal, onde imperam o despotismo, o discurso racional é inexistente (a classe social dominadora não abre mão de seu poder). Nesses casos, o estabelecimento de um equilíbrio entre poderes necessário ao diálogo entre as classes antagônicas exige o uso da força (manifestações da classe dominada).

24. Heller resgata a subjetividade e a põe no centro do processo histórico, constituído como expressão do homem em busca de sua humanização. É o sujeito empírico (subjetivamente dotado de práxis, que se manifesta individual e/ou coletivamente) e não necessariamente uma única classe social o pivô da revolução socialista.

Com isso, a moral é elevada ao primeiro plano no processo de transformação social. Heller vê a necessidade de se dotar o momento presente de moral adequada para se enfrentar a crise da atualidade.

vida cotidiana que constitui a possibilidade de passagem da *particularidade* para a *individualidade*²⁵.

Tomando a vida cotidiana como um movimento dialético entre a alienação e a libertação, a filósofa, mesmo ciente das grandes contradições sociais que marcam a atualidade, enxerga o futuro da humanidade com otimismo, pois, para ela, não há a “perfeita submissão”, nem mesmo numa sociedade onde imperam a burocracia e a Indústria Cultural.

Neste momento, faz-se necessário tornar claro a forma como a autora concebe a transição da subjetividade *particular* em subjetividade *individual*, ou seja, o modo como se é possível produzir transformações sociais a partir do cotidiano.

Para tanto, passo a explicitar as categorias que Heller aponta como estruturas da vida cotidiana, produtoras de alienação, bem como a saída que a autora descreve para superá-las na direção de ações socialmente transformadoras.

A estrutura da vida cotidiana

Como base explicativa do funcionamento do cotidiano Heller constrói um sistema dinâmico de categorias relacionadas às formas de pensamento e ação que o constitui.

A vida cotidiana é a vida de todo homem, todos vivem nela independentemente do posto que ocupam na divisão social do trabalho. Todo homem é nela inserida desde o

25. Para Heller o ser humano é sempre ser *genérico* e ser *particular*. O *humano-genérico* refere-se a pensamentos, sentimentos e ações inerentes à condição humana. A *particularidade* liga-se às motivações e necessidades do “Eu”. O ser humano contém tanto o *humano-genérico* como a *particularidade*. Por exemplo, os homens trabalham (atividade *humano-genérica*), porém, por motivos particulares. Os homens têm sentimentos e emoções (*humano-genérico*), mas, os expressam de forma particular.

Quando o indivíduo se posta na vida cotidiana através de sua *particularidade*, produz algo de novo, porém, não transformador da realidade social. Age de forma inconsciente reproduzindo o papel que lhe é dado na divisão social do trabalho (alienação). Produz, assim, objetivações sociais *em si*.

Quando o indivíduo supera sua *particularidade* de forma que seus pensamentos e ações são motivados e orientados para a satisfação de suas necessidades particulares (*particularidade*), bem como das necessidades da comunidade em que vive, da qual faz parte (condição *humano-genérica*), estamos no terreno da *individualidade*. Esta contém tanto a *particularidade* como o *humano-genérico* (a *individualidade* não nega a *particularidade*, apenas a integra ao *humano-genérico* pela práxis).

Quando a *individualidade* se manifesta (pela práxis) na vida cotidiana, podemos falar na superação da alienação da vida cotidiana, na produção de ações sociais transformadoras, libertadoras. Na concepção de Heller, revolucionárias (as “revoluções invisíveis” que se produzem no cotidiano).

A *individualidade* produz, portanto, realidades sociais objetivas *para si*.

É interessante dizer que Heller aponta os pequenos grupos como unidades importantes da ação revolucionária uma vez que são elementos significativos para a expressão da *individualidade*.

nascimento e nela socializado²⁶. Amadurecer significa adquirir as habilidades necessárias à sobrevivência no cotidiano do segmento / classe social onde se está inserido.

O cotidiano é a vida do homem inteiro. O homem participa dele com todos os aspectos, todos os sentidos de sua subjetividade (capacidade intelectual, habilidades manipulatórias, sentimentos, paixões, valores sociais, idéias, ideologias, etc.).

O fato de que todas as suas capacidades se coloquem em funcionamento determina, naturalmente, que nenhuma delas possa se realizar em toda sua intensidade.

A vida cotidiana quanto ao seu conteúdo é essencialmente *heterogênea*, pois, nela, várias atividades se entrecruzam (trabalho, lazer, estudo, vida privada, descanso, etc.).

É, também, *hierárquica* em relação à importância de execução das atividades. Essa hierarquia, contudo, não é fixa, varia conforme a estrutura social (estrato/classe social).

A vida cotidiana é regulada pela *espontaneidade*. O pensamento e a ação tendem a ser automáticos e irrefletidos, dão-se num ritmo fixo, rotineiro, que mantém a regularidade do cotidiano. Assim, a maioria das ações humanas tende a reproduzir a *particularidade*, a alienação. A maior parte das ações humanas é, assim, “muda”²⁷.

O cotidiano é regido pela *probabilidade*. É impossível na vida cotidiana se calcular com segurança, com precisão científica, as conseqüências de uma ação. A atividade cotidiana é, portanto, norteadas por casos médios²⁸ para alcançar os objetivos visados.

A vida cotidiana também é marcada pelo *economicismo*. Toda ação e pensamento se manifesta e funciona exclusivamente enquanto é imprescindível para a simples continuação da cotidianidade.

Da mesma forma que se orienta pela *probabilidade* e *economicismo*, a vida cotidiana é balizada pelo *immediatismo*. A ação e o pensamento tendem a ser imediatos para se sobreviver no cotidiano. As idéias na vida cotidiana não se elevam ao nível da teoria (reflexão crítica), assim como a ação cotidiana não é práxis²⁹.

26. Assimilação de relações sociais inicialmente através de grupos primários (família, escola e pequenas comunidades) que fazem a mediação entre o indivíduo e os costumes (normas, éticas de integração, linguagem, uso de objetos, etc.).

27. Entretanto, essa espontaneidade da vida cotidiana não é desprezada por Heller, pois, é necessária à vida na sociedade. Se parássemos para refletir sobre todas as nossas ações estaríamos condenados ao imobilismo e não conseguiríamos “dar conta” das exigências que o cotidiano nos impõe.

28. As conseqüências da ação cotidiana são orientadas por probabilidades derivadas da observação das conseqüências de outras ações (próprias ou dos outros) já conhecidas.

29. A ação imediata no cotidiano liga-se à atividade subjetiva não consciente (*particularidade*), à alienação da vida cotidiana. A ação refletida supera a cotidianidade, é uma atividade *humano-genérica* consciente (*individualidade*), significando práxis.

A vida cotidiana ainda é dominada pelo *pragmatismo*, uma unidade imediata do pensamento e da ação que implica que o “correto” seja tomado como “verdadeiro”, representando os interesses da camada/segmento social ao qual pertence o indivíduo.

E porque o homem não pode dominar a realidade em todos os seus aspectos, age no cotidiano pela *fé e confiança*.

Outro elemento da vida cotidiana é a *ultrageneralização*. Trata-se de juízos provisórios (formados através da assimilação de elementos culturais tradicionais ou pela própria experiência individual) que na prática nos orientam frente aquilo que desconhecemos (generalizações). Frente ao que nos é desconhecido recorremos ao uso de analogias, “precedentes”. Classificamos a pessoa ou situação com base nessas analogias para nos comportarmos dessa ou daquela maneira diante dela. Tais referenciais são provisórios, pois, uma vez refutados são substituídos por outros referenciais.

A *ultrageneralização* é necessária à vida cotidiana, pois, sem ela o homem estaria condenado ao imobilismo frente ao desconhecido³⁰.

A *imitação* é outro fator constituinte da vida cotidiana. Há uma tendência à imitação do comportamento alheio proveniente do próprio processo de socialização³¹.

O último elemento formador do cotidiano citado por Heller é a *entonação*. Esta é uma importante dimensão afetiva da comunicação e do relacionamento humano. Diz

30. “A partir da definição de que a ‘ultrageneralização’ é inevitável na vida cotidiana, mas seu grau nem sempre é o mesmo, Heller cria o espaço teórico para a definição de um tipo particular de juízo provisório: o preconceito. Mais que juízo provisório, o preconceito é um juízo falso, ou seja, um juízo que poderia ser corrigido a partir da experiência, do pensamento, do conhecimento e da decisão moral individual, mas não o é porque confirma ações anteriores, é compatível com a conformidade e o pragmatismo da vida cotidiana e protege de conflitos. Na qualidade de juízo provisório que se conserva inabalado contra todos os argumentos da razão, o preconceito tem como componente afetivo a fé, um dos afetos que pode nos ligar a uma opinião, visão ou convicção. Seu limite é a intolerância emocional, intimamente ligadas à satisfação das necessidades da particularidade.

Dizer que a vida cotidiana é propícia ao preconceito, que a base antropológica dele é a particularidade e seu componente afetivo é a fé não significa afirmar que os sistemas de preconceitos sociais decorram dos preconceitos do homem tomado isoladamente. A maioria dos preconceitos, tem, na verdade, um caráter mediata ou imediatamente social. A particularidade do homem está vinculada a sistemas de preconceitos pelo fato de que na sociedade predominam ‘sistemas de preconceitos sociais estereotipados e estereótipos de comportamentos carregados de preconceitos’. Em outras palavras, embora a vida cotidiana seja propícia à emergência de preconceitos, ela não os determina; sua origem deve ser procurada em outro lugar. Segundo Heller, os preconceitos têm a função de consolidar e manter a estabilidade e a coesão de integrações sociais, principalmente das classes sociais. Esta função de mantenedor da estabilidade e coesão só é desempenhada quando esta coesão está internamente ameaçada. Por isso, a maior parte dos preconceitos é produto das classes dominantes, pois é a elas que interessa manter a coesão de uma estrutura social, conseguida em partes graças à mobilização através de preconceitos, dos que representam interesses diversos ou até mesmo antagônicos.

Apoiados no conservadorismo, no comodismo, no conformismo ou nos interesses imediatos dos integrantes das classes ou camadas que lhe são antagônicas, as classes dominantes conseguem mobilizá-los contra os interesses de sua própria classe e contra a práxis.” (Patto, 1993, p. 137-138).

31. Essa tendência também é fortemente presente em nossa sociedade devido ao poder da Indústria Cultural.

respeito à avaliação do “outro”. Segundo Heller, a presença de uma pessoa num meio produz uma atmosfera tonal em torno dela. Para a autora, quem não produz esse tom carece de individualidade e quem não o percebe se revela insensível a um aspecto vital do relacionamento humano. Em ambos os casos, o indivíduo terá dificuldades de comunicação e relacionamento.

Vida cotidiana: alienação *versus* libertação

Todos estes aspectos são formas necessárias de pensamento e ação na vida cotidiana enquanto *locus* de reprodução da própria vida. Todo indivíduo lança mão dessas formas de pensamento e ação para sobreviver na vida cotidiana.

O grande problema apontado por Heller é que, quando estes aspectos se cristalizam em absoluto, não deixando uma margem de movimento, de possibilidades de explicitação subjetiva (desejos, gostos, sentimentos, expressões, etc.), a vida cotidiana se torna alienada. O indivíduo apenas reproduz o papel que lhe é imposto na sociedade. Vive o *humano-genérico* enquanto *particularidade*, não como *individualidade*.

Mas, embora seja terreno propício à alienação, a vida cotidiana não é necessariamente alienada. É em determinadas circunstâncias histórico-sociais. Por não ter a mesma profundidade em todas as épocas e em todas as camadas sociais, a alienação da vida cotidiana não é insuperável, apresenta-se, também, como *locus* de construção da práxis, da libertação, o lugar onde se dá as “revoluções invisíveis” (lentas, porém, significativas), alavancas das grandes transformações sociais.

Para a pensadora, em todas as épocas e em todos os lugares, indivíduos apaixonados pela atividade *humano-genérica* consciente (*individualidade*, portadora de práxis), através de seus talentos (o trabalho no campo das artes, das ciências, da religião, da política, etc.) e aliados às grandes constelações históricas (movimentos reivindicatórios da sociedade civil) têm realizado a luta que se trava a partir do cotidiano por uma sociedade democrática e justa, que atenda as necessidades (não só as radicais) de seus membros³².

32. Assim, se Heller por um lado identifica nas sociedades capitalistas uma dimensão celular de exploração e dominação (formas cotidianas de exploração e dominação), por outro, contrapõe o caráter cotidiano e celular da revolução.

Homogeneidade *versus* Heterogeneidade

Por ser heterogênea a vida cotidiana solicita que as capacidades humanas estejam voltadas para várias direções, nenhuma delas com especial intensidade. Além do mais, as exigências do cotidiano tendem a tornar o pensamento e a ação imediatos, pragmáticos (não dotados de práxis). O processo de socialização, por sua vez, inculca idéias, crenças e valores sociais que tomados como verdadeiros orientam grande parte da atividade humana. Esses fatores fazem da vida cotidiana o palco da produção da subjetividade alienada.

Para Heller, frente a isso, para que as condições de transformações sociais se estabeleçam, é necessária, além da forma habitual de se portar diante no cotidiano (pela *particularidade*), outra forma de conduzir a vida. Com isso, Heller nos remete à subjetividade consciente (*individualidade*) que na condução de sua vida é capaz de construir uma hierarquia de atividades cotidianas que inclui a *homogeneização*.

Segundo Heller, na *homogeneização* da vida cotidiana:

1. Concentramos toda nossa atenção sobre uma única questão e suspendemos qualquer outra atividade durante a execução dessa tarefa;
2. Empregamos nossa inteira individualidade humana na realização dessa tarefa; e
3. Agimos não arbitrariamente, mas, dissipando nosso “Eu” *particular* na atividade *humano-genérica* que escolhemos consciente e autonomamente, isto é, enquanto *individualidade*³³.

É só quando estes três requisitos se realizam conjuntamente que se pode falar em *homogeneização* que permita transcender a vida cotidiana.

33. Com a *homogeneização* Heller não pretende abolir a hierarquia espontânea da vida cotidiana. Reconhece a *heterogeneidade* do cotidiano, porém, enxerga a possibilidade da produção de momentos na vida onde esta possa ser substituída pela *homogeneidade*. Tampouco a *homogeneização* significa que o homem deva deixar de lado sua *particularidade*, apenas que esta deva permanecer em suspenso enquanto uma atividade de natureza *homogênea* (realizada pela *individualidade*) esteja em andamento. Opondo-se a algumas correntes marxistas desestruturalistas da subjetividade, para Heller, o fundamental é construir a subjetividade *individual* sem que o sujeito seja desestruturado na *coletividade*. A formação de uma consciência coletiva não pressupõe a destruição da *individualidade*, muito pelo contrário, depende dessa enquanto subjetividade portadora de práxis.

Revolução como possibilidade, não como destino

Frente à alienação exacerbada do cotidiano, a condução da vida (não desconsiderando sua *heterogeneidade*, mas também, incluindo sua *homogeneização*) representa um desafio à desumanização. A condução da vida, a transformação social, passa pela escolha e participação subjetiva, solicita do indivíduo ações morais e politicamente comprometidas com a comunidade.

A revolução é, assim, escolha e possibilidade, não é destino, algo teleológico como proferiu Marx. Não é a luta de uma única classe, de um único partido, é a luta da sociedade civil pela contestação do poder³⁴, pela satisfação de seus carecimentos radicais.

É oportuno, no momento, citar a conclusão de Patto sobre o pensamento de Heller:

Embora numa sociedade compartimentalizada e compartimentalizante a homogeneização em direção ao humano-genérico, a suspensão do eu-particular sejam excepcionais na vida da maioria dos homens que a integram, pois raramente ocorrem na vida do homem médio (a vida de muitos homens termina sem que ele produza um só ponto crítico semelhante); embora a alienação não possa ser mais eliminada, mas apenas limitada; embora as possibilidades que o mundo oferece de construção da subjetividade, da homogeneização da personalidade (que se contrapõe à personalidade fraturada, que transforma o eu num simples objeto) sejam limitadas, Heller continua defendendo como tarefa básica a transformação de sujeitos particulares em sujeitos individuais. (Patto, 1993, p. 146).³⁵

34. Há relação de poder sempre que o “outro” é usado como objeto de exploração, de dominação e de discriminação. Heller chama a atenção para os centros moleculares de poder (família, escola e pequenas comunidades, *locus* do processo de socialização).

35. No Exame de Qualificação foi apontado pela Prof^a Dr^a Maria Carolina Bovério Galzerani um “ponto cego” na Teoria do Cotidiano de Agnes Heller.

Segundo essa pesquisadora e docente (do campo da História da Educação), a Teoria da Vida Cotidiana de Heller incide numa contradição: num primeiro momento, a filósofa húngara indica como agentes de transformação social (a revolução socialista) todos aqueles segmentos sociais que padecem dos *carecimentos radicais* e, num segundo momento, “contraditoriamente” atribui a construção dessa revolução à práxis de indivíduos pertencentes aos campos da arte, ciência, política, religião e filosofia, “apaixonados” pela atividade *humano-genérica* consciente (*individualidade*), alocando, assim, o potencial de transformação social (através da *homogeneização*) nas mãos de uma “elite pensante” (os intelectuais).

Particularmente, em minha leitura da Teoria do Cotidiano de Heller, não sustento esta “contradição”

Tal “contradição” deriva de uma das formas de interpretação dessa teoria, que não é a única.

A própria Heller, em sua obra *The power of the shame*, traz elementos que desarticulam a “contradição” vista por esta forma de interpretação de sua Teoria da Vida Cotidiana.

Heller detecta, nos grupos que padecem dos *carecimentos radicais*, sujeitos guiados pela atividade *humano-genérica* consciente (*individualidade*), dotados de práxis (com conhecimentos estéticos, científicos, políticos, religiosos e filosóficos), não necessariamente membros de uma “elite pensante” (intelectuais), como agentes da *revolução invisível* da vida cotidiana.

Aqui, para exemplificar, podemos citar os grupos que lutam por melhores condições de vida e pelo exercício da cidadania como Sociedades de Amigos de Bairro, Comunidades Eclesiais de Base, Centro Comunitários, entre outros.

1.6. Saúde

Para a análise da concepção de saúde utilizada pelos serviços de saúde da empresa (portanto, presente em suas atividades de prevenção da AIDS) tomo como referencial alguns elementos do “Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde”, de 1986:

1. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
 2. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
 3. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
 4. Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas, pela população.
 5. Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir:
 - trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
 - alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
 - moradia higiênica e digna;
 - educação e informação plenas;
 - qualidade adequada do meio-ambiente;
 - transporte seguro e acessível;
 - repouso, lazer e segurança;
 - participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
 - direito à liberdade, à livre organização e expressão;
 - acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.
- (MS, 1986, p. 118-119).

1.7. Saúde do Trabalhador

Sobre a concepção de saúde do trabalhador, a seguir resgato da história as três vertentes teórico-metodológicas (Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador) que configuram esse campo, procurando explicitar como se articulam os saberes e práticas nelas presentes. Para tanto, busquei produzir uma síntese sobre essa temática a partir de elementos retirados de várias referências bibliográficas (Mendes e Dias, 1991; Dias, 1993, 1994; Lacaz, 1996, 1997; Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997; Miranda, 1998)³⁶. Ter o conhecimento de como se estruturam essas correntes é necessário para identificar a concepção de saúde do trabalhador que orienta as atividades dos serviços de saúde da empresa e, em consequência, que norteia suas atividades de atenção à AIDS (prevenção, assistência e tratamento).

Medicina do Trabalho

A Medicina do Trabalho é uma concepção de saúde do trabalhador originada na primeira metade do século XIX com o advento da Revolução Industrial, atendendo explicitamente aos propósitos do capital (numa época em que surge o Taylorismo e mais adiante o Fordismo). Trata-se de uma medicina tradicional (arraigada na Medicina Científica e na Fisiologia) de cunho positivista (técnico) que toma o homem enquanto “máquina”, focando sua atenção na doença, no desviante, no disfuncionante e quase nada na saúde e na vida. É uma concepção de saúde que nasce numa época em que o Estado não interferia nas questões de saúde das empresas, por isso, configurava-se como atividades centradas na figura do Médico (uma pessoa de inteira confiança do empresário e que se dispunha defendê-lo) que tomava como *locus* de intervenção somente o próprio local de trabalho o que lhe permitia um controle direto da força de trabalho.

36. Meu intuito é enfocar as características dessas três linhas teórico-metodológicas. Não tive a intenção de detalhar os contextos históricos que as produziram e nem de descrever o leque dos diversos problemas que na atualidade as circundam (disso tomo apenas alguns aspectos), principalmente em relação à última, a Saúde do Trabalhador. Sobre essas questões indico que se consulte, além da bibliografia por mim utilizada, as obras de Buschinelli, Rocha e Rigotto (1993) e Mendes (1995) - Ver *Bibliografia*.

Podemos destacar suas principais características:

- Era uma prática essencialmente médica (o que conferia um caráter de onipotência ao Médico) pautada no assistencialismo e na medicalização;
- Tinha como premissa essencial a descoberta e o controle (no ambiente de trabalho) do agente etiológico causador da doença. Frequentemente as doenças eram percebidas já num estágio avançado, restando apenas ao Médico atuar sobre suas conseqüências, medicalizando em função dos sintomas ou sinais, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida;
- Utilizava a categoria *risco* para relacionar os elementos presentes no ambiente de trabalho que podiam causar danos ao corpo do trabalhador. Definia *riscos* como agentes isolados que podiam causar doenças e os conceituava num esquema monocausal (para cada doença um agente etiológico). Por se tratar de uma visão ambientalista, desconsiderava os elementos danosos à saúde exteriores ao local de trabalho; e
- Preconizava contribuir para o estabelecimento e manutenção do mais elevado possível bem-estar do trabalhador, adaptando-o física e mentalmente ao trabalho e buscando aloca-lo em ambientes laborais correspondentes às suas aptidões. Na prática, o serviço servia para o controle da força de trabalho (seleção de mão-de-obra com saúde não comprometida, controle de absenteísmo e aumento de produção).

Saúde Ocupacional

Essa concepção de saúde do trabalhador surge durante a guerra e o pós-guerra (Segunda Guerra Mundial) nos Estados Unidos e em alguns países europeus em resposta aos limites de ação da Medicina do Trabalho e à necessidade de adequar os trabalhadores às novas formas de organização do trabalho e da produção decorrentes da implementação de novas tecnologias industriais. Trata-se de uma proposta de intervenção multiprofissional³⁷, de viés ambientalista-biológico (herdado da Medicina do Trabalho), pautada essencialmente na Higiene do Trabalho, Ergonomia e Toxicologia, que toma a relação

37. Embora seja esse o seu discurso, na prática, nota-se a dificuldade de se concretizá-lo devido à desarticulação entre os profissionais de saúde nas empresas, bem como às lutas corporativistas.

saúde-doença/trabalho (e as conseqüências dela decorrentes) como um problema que relaciona o ambiente do trabalho ao corpo do trabalhador.

Podemos tomar como suas principais características:

- A Saúde Ocupacional substitui o uso da categoria *risco* utilizada pela Medicina do Trabalho pela categoria *fatores de risco*. Numa perspectiva multicausal, esta última postula a necessidade da presença simultânea de vários elementos ambientais prejudiciais à saúde para que se produza a doença. Seguindo a Teoria da Multicausalidade, a relação saúde-doença/trabalho (o processo de adoecer e morrer dos trabalhadores) é explicada através da avaliação epidemiológica (clínica, ergonômica e ambiental) dos *fatores de risco* (agente) presentes no ambiente interior e exterior do local de trabalho (meio-ambiente) que prejudicam a saúde do trabalhador (hospedeiro)³⁸;

- Limita-se fundamentalmente aos aspectos preventivos (proteção contra riscos ocupacionais ambientais e acidentes de trabalho)³⁹ e curativos (medicalização) dos prejuízos causados à saúde pelo trabalho; e

- Ao lado da Medicina do Trabalho, é a concepção hegemônica e dominante no campo da saúde do trabalhador e, embora traga avanços (saberes e práticas) significativos para essa área, ainda assim, tal como a Medicina do Trabalho, está mais atrelada aos interesses do capital.

38. Trata-se do *triângulo epidemiológico* formado pelo *agente, hospedeiro e meio-ambiente* concebido na “*História natural da Doença*” por Leavell e Clark (1976 *apud* Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997).

Mesmo que na categoria *meio-ambiente* sejam incluídas as variáveis socioeconômicas, esta inclusão reveste-se de um caráter reducionista na medida em que o social e o econômico são identificados apenas como elementos a mais dentro os fatores de risco, sendo apropriados somente na sua exterioridade (tomados como peculiaridades naturalizadas). Ignora-se a historicidade e o contexto que circunstancia as relações de produção materializadas em condições específicas de trabalhar geradoras ou não de agravos à saúde. Repete-se, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho.

39. Em grande parte dos casos, as medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador (em seu sentido mais amplo) acabam por se restringirem à intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Enfatiza-se a utilização de equipamentos de proteção individual em detrimento dos elementos que poderiam significar a proteção coletiva e normatiza-se formas de trabalhar consideradas seguras, o que, em determinadas circunstâncias, conforma apenas um quadro de prevenção simbólica.

Saúde do Trabalhador

É uma concepção ampla de saúde do trabalhador que tem sua gênese na década de 60 pela ação de movimento de trabalhadores (que recebem grande influência do “Movimento de maio de 1968”) nos Estados Unidos e em alguns países europeus, num contexto social de questionamento e contestação da prática da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional⁴⁰, bem como das condições gerais de vida não só dos trabalhadores, mas, da população em geral. Chega ao Brasil na década de 70 através da Medicina Social Latinoamericana, fazendo-se presente no “Novo Sindicalismo” e na sua luta contra a truculência do regime militar⁴¹.

Trata-se de um universo teórico-metodológico, de um campo de saberes e práticas em permanente construção no espaço da Saúde Pública. Ainda que sem uma precisão conceitual definida, várias de suas características podem ser mencionadas:

- É constituída por conhecimentos e atividades interdisciplinares e multiprofissionais⁴² dadas pela participação dos trabalhadores (sindicatos), profissionais de saúde (Serviços Públicos de Saúde), pesquisadores (universidades) e sociedade civil organizada (Conselhos Gestores de Saúde);
- Fundamenta-se numa “zona de empatia” composta pela Saúde Pública, Medicina Preventiva, Medicina Social e a Saúde Coletiva (Lacaz, 1997; Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997);
- Superando os conceitos ambientalistas de *risco* e *fatores de risco*, a Saúde do Trabalhador utiliza a categoria *cargas de trabalho* para relacionar a saúde e doença ao trabalho. As *cargas de trabalho* são constituídas por elementos que interagem dinamicamente entre si e a saúde do trabalhador. Tais elementos abrangem os aspectos

40. Segundo Lacaz (1996), as vertentes Medicina do Trabalho / Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador “configuram campos distintos de saberes e práticas com perspectivas, objetivos, espaços institucionais, regras, métodos e metodologias que privilegiam pólos tão díspares como o privado e o público; o controle, o assujeitamento/domesticação e a liberação; a manutenção e a transformação; a repressão e a expressão; o velho e o novo; o individual e o coletivo; o biológico e o social; a não participação e a gestão co-participada, enfim, o capital e o trabalho.” (Lacaz, 1996, p. 8).

41. Com esse movimento surgem novas práticas sindicais em saúde traduzidas em reivindicações de melhores condições de trabalho através da ampliação do debate, circulação de informações, inclusão de pautas específicas nas negociações coletivas e reformulação dos trabalhos das CIPAs. Também são denunciadas as políticas e o sistema de saúde pública incapazes de dar respostas às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores em especial.

42. A interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade constituem-se um verdadeiro desafio a um passado de saberes fragmentados.

ambientais (físicos, químicos e biológicos), fisiológicos, ergonômicos, políticos, sociais, econômicos, culturais e psíquicos;

- Rompendo com a concepção ambiental hegemônica (Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional) que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico ou um grupo de fatores de risco presentes dentro e fora do ambiente de trabalho, ganha corpo um novo pensar sobre a saúde do trabalhador que tem como modelo explicativo a determinação social do processo saúde-doença/trabalho (caráter social do processo saúde-doença e sua articulação com o processo de produção). O perfil de saúde dos trabalhadores expressa suas condições objetivas de existência resultantes do conjunto de processos que reproduzem a forma particular de inserção deste grupo no processo de produção social em um dado momento histórico e em um espaço determinado⁴³;

- Constitui uma área de intervenção que desafia a capacidade explicativa simples, exigindo uma teorização dialética e complexa que ultrapassa os limites do local de trabalho, daí sua fundamentação nas Ciências Sociais e, mais especificamente, no materialismo-histórico e dialético. Estes consideram o trabalho enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de existência e de construção da libertação e do fazer histórico.

Teoricamente, nesta história, os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos, capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria no conjunto de representação da sociedade. É resgatado o saber dos trabalhadores, preconizando-se uma intervenção política, jurídica, técnica e ética portadora de práxis, capaz de produzir uma ação socialmente transformadora no campo da saúde do trabalhador;

- Os trabalhadores procuram ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente, a adoção de novas tecnologias e novas formas de organização do trabalho, exercitam o direito à informação e à recusa do trabalho perigoso ou arriscado à saúde, buscando a humanização do trabalho.

43. Essas condições objetivas de existência se referem à inserção particular no processo produtivo, participação no consumo, relação com o meio-ambiente e participação no processo político e de tomada de decisões.

Para Miranda (1998), o estudo do processo de trabalho e da saúde ocupacional não pode deixar de analisar pelo menos três condicionamentos básicos:

Condições de vida: expressas em dois planos distintos: as condições propiciadas pelo padrão e volume de bens de consumo coletivo oferecidos pelo Estado e as condições que incidem sobre o consumo individual obtido pelo salário;

Relações de trabalho: dependem do setor de atividades da empresa (primário, transformações e serviços), do ramo de atividade, do tamanho e caráter da empresa, etc; e

Processos de trabalho: específicos da categoria ocupacional (riscos físicos, químicos e biológicos).

Trata-se dos direitos fundamentais do trabalhador concebidos a partir do “Estatuto dos Trabalhadores”, na década de 70, na Itália (Mendes e Dias, 1991; Dias, 1994):

- direito à *informação* sobre a natureza dos riscos ocupacionais, as medidas de controle que estão sendo adotadas pelo empregador, os resultados de exames médicos e de avaliação ambientais, entre outras;

- direito à *recusa do trabalho* em condições de risco grave à saúde ou à vida;

- direito à *consulta prévia* aos trabalhadores pelos empregadores antes da mudança de tecnologia, métodos, processos e formas de organização do trabalho; e

- o estabelecimento de mecanismos de *participação* desde a escolha de tecnologias até, em alguns países, a escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde do trabalhador.;

- Defende a adoção de atividades integradas de saúde (promoção, prevenção e assistência) implementadas por políticas públicas de saúde⁴⁴; e

- Atualmente a corrente teórico-metodológica da Saúde do Trabalhador é representada por Sindicatos, Serviços Públicos de Saúde e a Academia (Lacaz, 1996).

A ação sindical, apesar dos grandes avanços efetuados na década de 70 e 80 com o Novo Sindicalismo, na atualidade assume uma posição defensiva frente à globalização econômica e à implementação de novas tecnologias que têm alterado bruscamente as formas de organização do trabalho e da produção, procurando assegurar os direitos anteriormente conquistados.

Na I CNST (1987), os sindicatos assumiram uma postura ofensiva na luta pelos direitos de melhores condições de vida, de trabalho e de saúde dos trabalhadores. Já na II CNST (1994), os sindicatos adotaram uma postura defensiva buscando assegurar os direitos trabalhistas anteriormente adquiridos.

Os Serviços de Saúde Pública, por sua vez, são prejudicados pelo Estado Neoliberal cujas políticas privilegiam a prestação de serviços por empresas privadas.

44. Relaciona-se a Serviços Públicos de Vigilância em Saúde, PSTs (Programas de Saúde do Trabalhador), CRTs (Centros de Referências de Saúde do Trabalhador) à FUNDACENTRO e parcerias com outras instituições trabalhistas como o INST/CUT e o DIESAT, além de universidades.

Ainda dentro das políticas públicas de saúde no trabalho, a vertente teórico-metodológica Saúde do Trabalhador teve como ponto de partida no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1987). Dessas conferências surgiram elementos que se fizeram presentes na Constituição Federal de 1988, nas Leis Orgânicas de Saúde que estabelecem as diretrizes organizacionais do SUS, em Leis Orgânicas Municipais e Códigos de Saúde.

Nesse sentido, a NR-4 (que estrutura o SESMT), a NR-7 (que estabelece o PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e a NR-9 (que configura o PPRA - Programa de Proteção de Riscos Ocupacionais) possibilitam espaços para a prestação de serviços técnicos privados (Assessoria em Medicina Ocupacional, Engenharia de Segurança, Avaliação de Impacto Ambiental, entre outros) que concorrem com/substituem as atividades dos PSTs e CRTs⁴⁵.

Sobre a esfera acadêmica (universidade), segundo Lacaz (1996), vem sendo o *locus* dos maiores avanços nesse campo, destacando-se os Programas de Especialização Stricto e Lato Sensu. Por um lado, tem-se a produção de significativas pesquisas para a extensão teórico-metodológica da área e, por outro, tem-se a formação e o amadurecimento de equipes interdisciplinares e multiprofissionais para a atuação nesse espaço.

Algumas considerações

A síntese sobre as três correntes teórico-metodológicas que configuram o campo da saúde do trabalhador revela que os teóricos têm identificado, por um lado, a Medicina do Trabalho / Saúde Ocupacional como uma vertente que responde aos interesses do capital e, por outro, a Saúde do Trabalhador como relacionada às necessidades dos trabalhadores.

Contudo, a análise de alguns elementos obtidos na empresa em estudo leva-me a questionar essa forma dicotômica pela qual os teóricos têm abordado a questão⁴⁶.

45. O Estado Neoliberal produz a degradação da saúde do trabalhador principalmente através do contexto socioeconômico por ele criado. As condições socioeconômicas pautadas nas diferenças das classes sociais e na distribuição desigual de riquezas na sociedade têm gerado uma distância cada vez maior entre ricos e pobres. Há uma intensa degradação das condições de existência de uma grande parcela da população (marginalizada pelo Estado) cujo cotidiano é marcado essencialmente pela miséria. Nesse contexto, as condições de saúde dessa população (composta por trabalhadores e muitos desempregados) são determinadas fundamentalmente por sua precarização.

46. Embora na empresa pesquisada os serviços de saúde obedeçam a uma estrutura com características da Saúde Ocupacional (a concepção de saúde adotada segue o modelo da “História natural da doença” - o triângulo epidemiológico formado pelo *agente*, *hospedeiro* e *meio ambiente* -, e as ações de saúde são centralizadas no Ambulatório Médico (terceirizado) existente no local de trabalho e/ou no Convênio Médico-Hospitalar, exceto no caso do tratamento da AIDS que é encaminhado para a saúde pública), no que diz respeito à organização do atendimento e aos recursos humanos e materiais por eles oferecidos, apresentam um nível de qualidade que, acredito, dificilmente se encontra nos serviços públicos de saúde.

Se, por um lado, esses serviços estejam logicamente atendendo aos interesses do capital ao promover e manter a saúde dos trabalhadores (refiro-me aqui meramente aos aspectos clínicos da saúde) para fins de produtividade, por outro, os profissionais que deles fazem parte têm se comprometido e esforçado para atender as necessidades dos trabalhadores.

Assim, não posso tomar esses marcos teóricos para analisar a concepção de saúde do trabalhador utilizado pela empresa e que está presente em seu Programa de prevenção da AIDS sem que antes faça algumas considerações sobre eles.

Os partidários da Saúde do Trabalhador têm criticado a atuação do Estado que, partindo de um modelo de governo neoliberal, tem privilegiado a abertura de espaços para a prestação de serviços por empresas privadas em detrimento de investimentos em serviços públicos de atenção à saúde dos trabalhadores.

Penso que esperar que o Estado abdique de sua política neoliberal é algo utópico. A abertura de mercado, não de hoje, é um fato. Além do mais, já há uma grande estrutura, inclusive no aspecto legal, montada em torno da manutenção dos serviços prestados por empresas terceirizadas. Cogitar sobre a reversão dessa estrutura é algo fora de questão. Também não se pode esperar do Estado, pelo menos no atual momento histórico, investimentos maciços na ampliação dos PSTs e CRTs. Portanto, no plano teórico, adotar o discurso de um modelo de atenção à saúde do trabalhador centrado apenas na saúde pública é algo infrutífero. Contudo, é legítima e necessária a luta (teórica e prática) para que os serviços públicos de saúde do trabalhador (tais como PSTs, CRTs, fiscalização e vigilância epidemiológica) não sejam “sucateados” ou extintos.

Acredito que seja necessário buscar superar a perspectiva dicotômica que aloca a Medicina do Trabalho / Saúde Ocupacional de um lado e a Saúde do Trabalhador de outro e procurar integrar os serviços de saúde oferecidos pelas empresas às ações governamentais, sindicais, universitárias, de ONGs e outras organizações.

No que diz respeito à luta contra a AIDS essa posição encontra eco na proposta da CN-DST/AIDS para a prevenção da doença em empresas:

O combate e a prevenção desta epidemia nunca foi uma prerrogativa exclusiva das autoridades de saúde e exige a mobilização de todos os setores da sociedade, incluindo-se aí o governo em seus três níveis, sindicatos e centrais sindicais, empresas públicas e privadas, associações profissionais e de classe, organizações religiosas e organizações não-governamentais, e todo e qualquer outro organismo social que queira engajar-se. (Chequer, 1998).

Reconheço que a integração entre as diferentes instituições do mundo do trabalho não é uma tarefa simples uma vez que estas instituições estão assentadas em interesses

antagônicos que visam superar ou manter a contradição “capital-trabalho”. Não se pode pensar essa integração a não ser a partir de uma expectativa de ações limitadas.

Entretanto, a conscientização de algumas grandes empresas sobre sua responsabilidade social e ambiental, bem como de que investimentos na qualidade de vida e de saúde dos trabalhadores significam investimentos na produtividade, pode constituir-se um ponto de partida para que alguns passos, mesmo que ainda restritos, rumo a essa integração se efetive.

1.8. Educação e Educação em Saúde

Para a análise da concepção de educação presente no Programa de prevenção da AIDS utilizo, como referencial teórico-metodológico, a abordagem político-social de educação.

Segundo Schall e Struchiner (1995), essa concepção de educação nasce na Europa após a Segunda Guerra Mundial em resposta à preocupação com a democratização da cultura e finca suas raízes no Brasil a partir da década de 60, com Paulo Freire, que, inicialmente dirigindo seu trabalho para a alfabetização lingüística e política do adulto, propõe como tema central na educação a humanização das relações humanas e a libertação do homem.

Fazendo a síntese da objetividade e da subjetividade, a educação político-social vê o homem em constante interação com o mundo, tomando-o como ser concreto, situado no tempo e no espaço, inserido num contexto socioeconômico e cultural específico que dialeticamente o determina e que ao mesmo tempo é por ele determinado.

Esse modelo, tendo como princípio a educação popular, visa a transformação da sociedade, a superação das contradições sociais nela presentes. A educação é, portanto, um ato político. E, partindo desse fundamento, o educador, através de uma didática problematizadora e de uma relação comunicacional dialógica⁴⁷ em que educador e educando aprendem juntos, tem como objetivo despertar a práxis no educando, levando-o a

47. Em oposição à comunicação unilinear (em que, conforme o *Paradigma de Lasswell*, há o sujeito emissor e outro receptor de informações numa mão única), a comunicação dialógica é fundamentada no diálogo (interação) entre os sujeitos. (Gadotti, 1991; Cyrino e Cyrino, 1997; Teixeira, 1997; Pitta, 1998).

refletir criticamente sobre sua realidade e a agir na direção da produção de sua própria história, buscando a superação das contradições da sociedade atual e a construção de uma sociedade mais justa e igual.

Em Vasconcellos (1995) encontramos importantes subsídios para se pensar a educação a partir de uma perspectiva político-social.

Partindo da crítica à *Metodologia Expositiva em Educação*⁴⁸ e visando superá-la, o autor propõe para a educação uma *Metodologia Dialética de construção do conhecimento*.

Esta tem como fundamento a *Teoria Dialética da construção do conhecimento*, composta por três momentos: *síncrese*, *análise* e *síntese*.

Para Saviani (1983),

O movimento que vai da Síncrese (“a visão caótica do todo”) à Síntese (“uma rica totalidade de determinações e de relações numerosas”) pela mediação da Análise (“as abstrações e determinações mais simples”) constitui uma orientação segura tanto para o processo de descoberta de novos conhecimentos (o método científico) como para o processo de transmissão-assimilação de conhecimentos (o método de ensino). (Saviani, 1983 *apud* Vasconcellos, 1995, p. 45).

Libâneo (1985) também se refere à questão:

Numa fórmula: “Do sincrético pelo analítico para o sintético”. A síncrese corresponde à visão global indeterminada, confusa, fragmentada da realidade; a análise consiste no desdobramento da realidade em seus elementos, a parte como parte do todo; a síntese é o resultado da integração de todos os conhecimentos parciais num todo orgânico e lógico, resultando em novas formas de ação. (Libâneo, 1985 *apud* Vasconcellos, 1995, p. 47).

Vasconcellos identifica que o processo de construção de conhecimento por parte dos educandos é dirigido pelo educador. Em função disto, reconhece a necessidade de uma ação pedagógica mobilizadora para o conhecimento, que não apenas o apresente, mas que acompanhe o interesse dos educandos por ele. Tem-se em vista que o educando possa construir o conhecimento, elaborando e apresentando uma síntese sobre ele.

48. Vasconcellos a classifica como metodologia “tradicional” de educação, em que os conteúdos acumulados culturalmente pelo homem são transmitidos de forma autoritária de educador para educandos como verdades absolutas, geralmente pouco tendo a ver com a realidade destes últimos. A educação é vinculada à mera transmissão de informações e exercícios de fixação e memorização.

Nesse sentido, Vasconcellos propõe uma *Metodologia Dialética de construção do conhecimento* expressa através de três dimensões, eixos ou preocupações do educador no transcorrer de seu trabalho pedagógico: *mobilização para o conhecimento*, *construção do conhecimento* e *elaboração e expressão da síntese do conhecimento*.

Na *mobilização para o conhecimento* procura-se dar significação inicial ao objeto para que o sujeito o tome como um desafio e elabore suas primeiras representações mentais sobre ele.

Na *construção do conhecimento* o educador busca colaborar com o educando incentivando-o a penetrar e decifrar o objeto de estudo, captando sua essência, relações internas e externas. O sujeito deve construir, pela sua ação, o conhecimento através da elaboração de relações cada vez mais totalizantes.

Vasconcellos enfatiza que qualquer que seja a técnica didática utilizada para esse fim, deve submeter-se à proposta pedagógica dialética e constituir-se dos seguintes passos: apresentação sincrética do objeto em estudo; expressão das representações prévias; problematização; fornecimento de subsídios; elaboração de hipóteses; expressão de hipóteses; confronto de hipóteses; superação de hipóteses elaboradas; e síntese conclusiva.

Na *elaboração e expressão da síntese do conhecimento* o educador auxilia o educando a elaborar, sistematizar e explicitar a síntese do conhecimento, seja de forma oral, gestual e/ou prática.

Vasconcellos ainda salienta que esse processo dialético de construção e expressão do conhecimento tem como finalidade a transformação da realidade na direção da superação das desigualdades sociais.

Na esfera da Educação em Saúde, no âmbito de uma abordagem político-social, L'Abbate (1997) chama a atenção para o caráter social desta atividade e a visualiza como suscetível de influências do contexto geral da qual faz parte:

A educação em saúde é uma prática social concreta que se estabelece entre determinados sujeitos - profissionais e usuários - que atuam no interior de determinadas instituições de saúde, sob um conjunto de injunções, desde as diretrizes gerais de políticas de saúde à especificidade do modelo tecnológico vigente; desde as teorias pedagógicas mais elaboradas até as práticas didático-pedagógicas concretas. (L'Abbate, 1997, p.272-273).

Para a pesquisadora, o educador em saúde deve precaver-se de falso moralismo ou preconceito, valorizar a vida, a liberdade, a responsabilidade e a solidariedade humana. Deve saber avaliar sua prática, os paradigmas dos quais faz uso, considerando seus objetivos, impacto, efetividade e conseqüências a longo prazo.

L'Abbate enfatiza que o profissional de saúde deve constituir-se como sujeito, entendido como:

... uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido e, na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento. (L'Abbate, 1997, p.272-273).

A autora também observa que, para que o educador em saúde constitua-se como sujeito deve ter uma formação crítica:

... a possibilidade de realizar esta construção, segundo valores éticos relacionados às idéias de respeito à lei e ao outro, de busca de um trabalho capaz de produzir ações úteis e produtivas depende de que tal autonomia seja construída de forma permanentemente crítica. (L'Abbate, 1997, p.273).

L'Abbate ainda menciona que a atividade de Educação em Saúde deve se configurar como práxis, uma ação socialmente transformadora que se dá no âmbito das classes populares⁴⁹ frente ao universo de valores hegemônicos da classe dominante. O agir em saúde deve englobar as dimensões técnicas e políticas (esses dois campos devem ser articulados pela ética em defesa da saúde e da qualidade de vida). A ação do educador em saúde deve abranger o saber, o querer, a percepção do dever e o poder de transformação.

49. L'Abbate incorre no equívoco de em seu discurso limitar a Educação em Saúde ao interior das instituições de saúde e às classes populares. Entretanto, tal atividade deve se estender além dessas instituições e classes sociais.

1.9. Planejamento e Avaliação na Educação

Nestas dimensões do processo educativo procuro fazer a distinção entre o *planejamento hierárquico* e o *planejamento participativo*. Por se tratar de maneiras de planejar e avaliar que, partindo de ideologias diferentes, privilegiam ideais e objetivos opostos (enquanto o primeiro preocupado com as “coisas”, visa a manutenção das relações produtivas vigentes, o segundo volta-se para a práxis, para a satisfação das necessidades individuais e coletivas), saber diferenciá-las é importante para se identificar a forma de planejamento e avaliação que está intrínseca no programa de prevenção da AIDS da empresa.

Planejamento hierárquico

Chiavenatto (1991) e Bastos (1994) ao tratarem da questão do “treinamento” de Recursos Humanos nas empresas nos dão uma perfeita idéia do que vem a ser um planejamento educacional hierárquico.

Nesse modelo de planejamento (aqui exemplificado em empresas) a concepção de educação é caracterizada pelo comportamentalismo, tecnoburocracia, pragmatismo e acriticidade. Os objetivos educativos são pré-definidos verticalmente pelo alto escalão hierárquico da empresa e têm como diretriz a adaptação constante desta num mercado altamente competitivo. Para isso, a tarefa do “treinamento” empresarial é preparar continuamente os trabalhadores para a aquisição de novos comportamentos (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessários para a manipulação de novos padrões de tecnologia, comunicação, organização e relações humanas no trabalho.

Segundo Bastos (1994) o planejamento deve ser organizado em quatro fases:

Diagnóstico: permite definir com clareza o problema a ser tratado, a necessidade a ser satisfeita, o objetivo a ser atingido por meio de “treinamento”;

Planejamento: permite esclarecer e operacionalizar os objetivos e tomar as decisões estratégicas sobre em que “treinar”, quem “treinar”, como “treinar”, onde “treinar”, quando “treinar” e como avaliar todo o processo;

Execução: implementação do que foi programado. É a ação de “treinamento” propriamente dita: e

Avaliação: prevista e estruturada na fase de planejamento. Constitui o último passo do processo de “treinamento”, momento em que se verifica se os objetivos finais foram ou não alcançados (os objetivos parciais devem ter sido avaliados passo a passo) e quais as ações a serem implementadas a seguir.

Planejamento participativo

Seguindo uma abordagem político-social em educação (a adotada nesse estudo), Gandin (1999a, 1999b) traz elementos para a compreensão do que vem a ser um planejamento participativo.

Partindo da crítica à hierarquização do planejamento, defende a idéia deste como produto da ação participativa dos sujeitos envolvidos nas diversas etapas do processo educativo (administradores, educadores, educandos e a comunidade), buscando integrar os atos de elaborar, executar e avaliar.

O planejamento é concebido como ato educativo que tem como meta a organização da ação humana (pela integração das dimensões política e técnica) para a transformação social na direção de uma sociedade democrática e justa.

Para Gandin, o ato de planejar é constituído de três etapas: elaborar, executar e avaliar:

- elaborar - decidir que tipo de sociedade e de homem se quer e que tipo de ação educacional é necessária para isso; verificar a que distância se está deste tipo de ação e até que ponto se está contribuindo para o resultado final que se pretende; propor uma série orgânica de ações para diminuir essa distância e para contribuir mais para o resultado final estabelecido;
- executar - agir em conformidade com o que foi proposto; e
- avaliar - revisar sempre cada uma dessas ações, bem como cada um dos documentos delas derivados. (Gandin, 1999b, p. 23).

O autor ainda toma o planejamento como constituição de um Projeto Político-Pedagógico que exige a definição de um *marco referencial*, um *diagnóstico* e uma *programação*.

O *marco referencial* é a descrição do que se considera o “ideal” para o processo educativo. Constitui-se de três momentos: *marco situacional*, *marco doutrinal* e *marco operativo*.

O *marco situacional* é uma compreensão socioeconômica, política e cultural que tem por finalidade situar a educação no contexto geral da qual é parte.

O *marco doutrinal* diz respeito aos referenciais teóricos que devem nortear o ato de educar. Trata-se das utopias, das concepções de sociedade e de homem que devem guiar a ação educativa.

O *marco operativo* se refere aos enfoques teóricos específicos sobre o campo da educação (pressupostos didático-pedagógicos) necessários para aproximar a realidade do que foi imaginado como “ideal”, isto é, para tornar efetivo o que é proposto no *marco doutrinal*.

O *diagnóstico* é a comparação entre o real e o ideal.

Trata-se de um juízo sobre o que é necessário fazer para se atingir os ideais de educação descritos na elaboração do *marco referencial*. O *diagnóstico* é feito mediante a descrição da realidade através de pesquisa avaliativa.

A *programação* é a proposta de ação e a ação. Tem duas dimensões: a dos *objetivos* e a das *políticas e estratégias*.

Os *objetivos* são as propostas de ações concretas que devem ser executadas num tempo determinado e servem para aproximar a realidade existente da realidade almejada ou propor condições a fim de que essa aproximação possa acontecer.

As *políticas* inserem os objetivos na filosofia de existência da instituição e definem as estratégias que devem ser utilizadas no processo educativo.

As *estratégias* concretizam os *objetivos* e *políticas*. Sua ênfase está nos instrumentos e técnicas que operacionalizam a ação de tudo o que foi planejado.

Por fim, Gandin fala sobre a questão da *avaliação*.

Entende esta como uma forma de verificar se os ideais propostos no planejamento são aqueles que realmente se deseja verem concretizados (*avaliação do marco referencial*), se

estes ideais estão sendo alcançados através do processo educativo e como meio para se planejar as próximas ações a serem tomadas (incluindo a reorganização do planejamento).

O autor ainda fala de avaliação *no processo* (nas/das fases do planejamento e do processo educativo) e *do produto* (avaliação final).

2

A PROPOSTA OFICIAL DE PREVENÇÃO DA AIDS NO LOCAL DE TRABALHO DA CN-DST/AIDS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Dada a importância da proposta oficial do Governo (Ministério da Saúde / CN-DST/AIDS) para a estruturação de um Programa de Prevenção e Assistência em DST/AIDS nas empresas – apresentada no “*Manual de diretrizes técnicas para a elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho*” editado em 1998 pela CN-DST/AIDS⁵⁰ (MS/CN-DST/AIDS, 1998b) - , a descrição dos principais apontamentos nela contida é imprescindível como marco teórico para este trabalho.

Também nesse capítulo teço algumas análises sobre essa proposta buscando destacar seus aspectos positivos e indicar algumas lacunas teórico-metodológicas nela presentes.

50. O “*Manual*” é uma das produções resultantes do “*Plano estratégico - prevenção, controle e assistência às DST/AIDS no local de trabalho (1996-1998)*” da CN-DST/AIDS (MS/CN-DST/AIDS, [s.d.]b).

2.1. A prevenção da AIDS no local de trabalho: considerações de alguns autores

Chequer (1998) sustenta que pelo fato da AIDS trazer implicações desastrosas não só à saúde pública, mas também nos planos social e econômico, afetando toda a população, o combate e a prevenção à doença não é prerrogativa exclusiva do Governo, exigindo a mobilização de todos os setores da sociedade. Assim, se por um lado exige a iniciativa do Governo em seus três níveis (federal, estadual e municipal), por outro, exige a participação de sindicatos, centrais sindicais, empresas públicas e privadas, associações de profissionais e de classes, organizações religiosas, ONGs e demais órgãos sociais.

Ao se referir às empresas, Chequer indica que o local de trabalho é propício para a prevenção (educação e transmissão de informações) e a assistência em DST e AIDS.

Solano et al. (1998) citam que o pior dos comportamentos de uma empresa sobre a questão é deixar seus funcionários, sem informações, infectarem-se por ignorância e não se falar de sexo ou camisinha.

Esses autores também ressaltam que a AIDS, por afetar a todos, exige a sensibilização de toda a sociedade para seu combate. Nesse sentido, criticam a atitude de muitos empresários que, guiados por uma filosofia pragmática, não percebem os impactos socioeconômicos da doença no local de trabalho. Preocupados com os custos da prevenção e assistência esses empresários não compreendem que os programas de prevenção e assistência representam investimentos e não custos.

Solano e Hildenbrand (1998) ao fazerem menção a quatro pesquisas sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos trabalhadores acerca do HIV/AIDS (Instituto de Administração da USP em conjunto com a FIESP; CGTB em parceria com as Indústrias Villares; CAP-SESI; e EDUCAIDS do DTSE/Petrobrás) indicam que a desinformação sobre a moléstia e o preconceito dos trabalhadores em relação aos HIV soropositivos e doentes de AIDS ainda são grandes⁵¹. Mas, salientam que apesar da desinformação, essas

51. Isso aponta para o fato de que as campanhas massivas do Governo, veiculadas essencialmente por um modelo de comunicação sanitária (unilinear), não têm surtido os efeitos desejados, confirmando a crítica de PARKER (1994a) a favor de se criar mecanismos educativos mais eficientes para a prevenção da AIDS do que a mera transmissão de informações através da comunicação em massa.

pesquisas explicitam que os trabalhadores desejam receber informações sobre a doença⁵².

Solano e Hildenbrand também mencionam que muitas campanhas não atingem os trabalhadores por utilizarem estratégias de intervenção equivocadas. Por um lado, não preparam devidamente seus profissionais das áreas de Medicina, Serviço Social e Recursos Humanos para lidarem com a questão da prevenção e assistência e, por outro, restringem seu programa à palestras e/ou distribuição de material informativo durante a SIPAT.

Solano (1998) cita que o trabalho de combate à AIDS abrange aspectos clínico-físicos, socioeconômicos, psicoemocionais e culturais. No local de trabalho abarca temas como confidencialidade, repasse de informações sobre assuntos como sexo, sexualidade, drogas, morte, direitos humanos e trabalhistas, normas de biossegurança para profissionais de saúde, preconceito, discriminação e convívio social com uma pessoa com HIV/AIDS no local de trabalho, estratégias de assistência econômico-financeira e material para os funcionários infectados.

Ainda, segundo o autor, as ações de prevenção da AIDS no local de trabalho devem ir além das atividades pontuais, das palestras e distribuição de folhetos informativos. Também critica a forma pela qual tem sido preparados os profissionais de Recursos Humanos para lidarem com a questão. Não tem sido propiciado tempo hábil para esses profissionais adquirirem conhecimentos e reflexões suficientes para lidarem com uma multiplicidade de fatores que envolvem temas polêmicos. Por último, SOLANO vê a necessidade de humanização das relações interpessoais no cotidiano do trabalho, marcado fundamentalmente pela impessoalidade.

Solano e Piovesan (1998) dizem que a institucionalização de uma política é a base de todo programa de atenção à AIDS no local de trabalho, devendo garantir o direito de todo empregado à informação e que todo indivíduo soropositivo ou com AIDS seja tratado com respeito e dignidade, tendo seus direitos garantidos.

52. É importante dizer que, além da desinformação e o preconceito dos trabalhadores, bem como suas demandas por informações sobre HIV/AIDS, identificados por Solano e Hildenbrand, estas pesquisas ainda apontam algo muito preocupante nas empresas: a contradição entre o conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/AIDS e as efetivas atitudes de prevenção. As pesquisas revelam que possuir informações não necessariamente implica em um real comportamento de prevenção da doença. Os resultados desses estudos nas empresas são significativos uma vez que trazem elementos semelhantes aos apresentados por outras pesquisas em diferentes populações, entre elas uma de abrangência nacional desenvolvida pelo CEBRAP e a CN-DST/AIDS (MS/CN-DST/AIDS / CEBRAP, 2000).

Assim, a política visa: preparar a empresa para a possibilidade de ter empregados HIV soropositivos evitando atitudes reacionárias; informar aos trabalhadores sobre a necessidade de participar do programa de prevenção; desmistificar a AIDS, lutando contra o preconceito e estimulando a solidariedade; e assegurar aos HIV soropositivos e doentes de AIDS o atendimento médico, psicossocial e financeiro, bem como informações sobre seus direitos.

A política deve abranger a integração de três fatores:

- Prevenção / Educação;
- Assistência (ver Anexo 12); e
- Procedimentos gerais (ver Anexo 13)⁵³.

2.2. Estratégias de prevenção

Solano e Hildenbrand (1998) enumeram doze pontos que compõem as estratégias de prevenção da AIDS no local de trabalho:

1. *A administração da empresa, incluindo presidência, diretorias e gerências, deve estar comprometida com o programa.* O comprometimento desse escalão deve ser conseguido através de negociação, buscando sensibilizá-lo para as implicações do HIV/AIDS no local de trabalho;
2. *O programa deve ser institucionalizado, não com a “cara” do Serviço Médico, do Serviço Social e da Administração de Recursos Humanos da empresa, mas, com a “cara” de seus trabalhadores, através de sua participação e atendendo às suas demandas;*
3. *O programa educacional é contínuo, não se reduzindo somente à realização de palestra e/ou distribuição de material informativo para cumprir obrigações legislativas da CIPA e da SIPAT;*
4. *O programa educacional é obrigatório para a totalidade da empresa.* Muita gente acha que já sabe tudo sobre AIDS, porém, isso não é comprovado quando se verifica

53. Esses fatores vão de encontro à tríade de atenção à AIDS preconizada pela ONU e outros órgãos mundiais de saúde: 1. Informação/Educação; 2. Serviços Sociais e de Saúde; e 3. Ambiente de apoio adequado. (Mann; 1993; Lima et al., 1996).

seus conhecimentos. Outras pessoas acham que não estão sujeitas ao risco de contaminação. Por esses motivos, a participação no programa deve ser obrigatória a todos os trabalhadores. Contudo, a obrigatoriedade não deve ser colocada de forma autoritária. Deve-se, através da sensibilização, despertar o interesse e espontaneidade do trabalhador para sua participação. A informação deve vir após a sensibilização para a participação.

5. *O programa considera as especificidades da instituição e de seus funcionários em termos socioeconômicos, culturais e organizacionais;*
6. *O programa adota, quando possível, estratégias face-a-face.* Trata-se de estratégias de educação que colocam educador e educando numa relação direta, interpessoal. São intervenções com um indivíduo ou pequenos grupos;
7. *O programa adota, sempre que possível, estratégias de pares (peer-to-peer).* Dentro das estratégias de comunicação face-a-face, procura-se utilizar profissionais da mesma função, área e nível de informação interagindo entre si para facilitar o processo de comunicação interpessoal e grupal;
8. *Todos os funcionários são envolvidos na elaboração e implantação do programa.* A formação da equipe para a elaboração e implementação do programa deve incluir representantes de todos os setores e departamentos. A política do programa deve possibilitar formas de participação dos trabalhadores;
9. *O processo inclui atividades de “treinamento” e educação dentro da jornada de trabalho;*
10. *O programa garante a todos o acesso a serviços de apoio como aconselhamento, testagem opcional, tratamento para DST/AIDS e distribuição de preservativos.* Isso exige a integração dos programas de assistência, prevenção e tratamento em DST/AIDS da empresa com os serviços públicos de saúde na busca de procurar sanar, ou ao menos amenizar, os problemas de saúde relacionados às DST/AIDS;
11. *O programa insere a educação em AIDS num quadro mais amplo de promoção à saúde no local de trabalho.* Isso diz respeito à articulação do programa de atenção à AIDS com outros programas da empresa como qualidade total e dependência química;e

12. *O programa aprende com a avaliação.* A avaliação é processual e não final, possibilitando que o programa aprenda com seus erros durante os processos de elaboração e implementação. A avaliação deve fazer parte do planejamento desde seu início.

2.3. Operacionalização do programa de prevenção

Ao se tocar na questão da operacionalização do programa de prevenção da AIDS nas empresas Piovesan et al. (1998) apontam que o programa tem como objetivo principal:

... educar os funcionários sobre AIDS e promover mudanças de comportamento que reduzem a infecção pelo HIV, ou seja, encorajar e sustentar comportamentos que diminuam a possibilidade de transmissão do vírus da AIDS e de outros agentes biológicos. (PIOVESAN et al, 1998).

Para os autores o programa para ser eficaz: não pode se restringir a eventos isolados e pontuais; deve envolver ações integradas de previdência, assistência e tratamento; deve possibilitar o acesso a atividades educativas a todo corpo funcional; deve propiciar apoio e aconselhamento para os funcionários e seus familiares; deve incluir a distribuição de preservativos; e deve buscar formar parcerias com ONGs, a comunidade, os serviços públicos de saúde e outras empresas.

Os autores ainda dizem que uma proposta para prevenção da AIDS em empresas não é uma “receita de bolo”, porém, fornece diretrizes essenciais para sua elaboração e implementação.

Piovesan et al. enumeram cinco etapas de operacionalização do programa:

- Planejamento e estruturação;
- Elaboração e aprovação da política interna;
- Sensibilização dos trabalhadores;
- Informação, educação e prevenção; e
- Avaliação.

Planejamento e estruturação:

- a) Sensibilização de diretorias e negociação de política interna;
- b) Formação de equipe de caráter multidisciplinar e multiprofissional, envolvendo representantes de todos os setores e departamentos para a elaboração e implementação do programa; e
- c) Realização de pesquisa interna para avaliar os valores, comportamentos, atitudes e nível de conhecimento dos funcionários em relação à AIDS; a receptividade dos funcionários em relação à política e aos programas da empresa; e os subsídios para a elaboração e implantação dos programas da empresa.

Elaboração e aprovação da política interna:

- a) Elaboração da proposta de política interna por parte da equipe;
- b) Redação dessa política;
- c) Negociação com diretorias e presidência; e
- d) Divulgação.

Sensibilização dos trabalhadores:

- a) Estabelecimento de estratégias de sensibilização;
- b) Sensibilização de diretorias, gerências e chefias; e
- c) Sensibilização do coletivo dos funcionários.

Informação, educação e prevenção:

- a) Capacitação e reciclagem contínua da equipe através de leituras programadas, de notícias veiculadas pela mídia, seminários, workshops, etc;

Inclui:

- Introdução: conhecimentos sobre planejamento, gestão e comunicação em educação;
- Informações básicas sobre DST/AIDS; e
- Informações básicas sobre AIDS no local de trabalho.

- b) Detalhamento das atividades e cronograma de execução;
- c) Lançamento do programa; e
- d) Realização das atividades previstas.

Avaliação contínua em/de todo processo

2.4. Avaliação

Contrera e Solano (1998) reservam um capítulo do “*Manual*” para o último item da operacionalização do programa de prevenção, a *avaliação*.

Os autores entendem que a avaliação de mudanças de valores e comportamentos é uma das atividades mais importantes e mais difíceis de um programa de promoção da saúde, mas dizem que há instrumentos confiáveis para tal.

Contrera e Solano citam em várias passagens a importância do ato de se avaliar:

A avaliação é um processo constante de monitoramento que permite exercer um controle não só do desenvolvimento do programa/projeto (ou seja, do processo), como também possibilita checar o resultado final (ou seja, o produto). (Contrera e Solano, 1998).

A avaliação é que dá o norte de nossas ações, indica o que está certo, o que está errado, onde houve desvios, se eles podem ou não ser corrigidos, e assim por diante. É ela também que nos dirá se chegamos onde queríamos e se iremos obter o que pretendíamos. (Contrera e Solano, 1998).

... [avaliar para] identificar qual o alcance e quais as limitações e obstáculos que impediram um maior avanço [do programa]. (Contrera e Solano, 1998).

É a valiação que indicará o custo-benefício do projeto/programa. (Contrera e Solano, 1998).

Os autores indicam que a avaliação ideal deve ser feita em conjunto e seus resultados compartilhados entre a equipe responsável pelo programa de prevenção.

Ainda enumeram os aspectos a serem avaliados no programa:

- relevância : - As atividades correspondem às necessidades definidas ?
 - O programa está adequadamente desenhado para satisfazer as necessidades da comunidade ?
 - É importante para esta ?
- progresso : - Até que ponto a execução do programa está de acordo com o plano ?
 - Alterações precisam ser feitas ou serão feitas ?
- eficiência : - Os resultados obtidos, ou que serão obtidos, justificam o esforço para alcançá-los ?
 - Em que medidas os resultados estão contribuindo para cumprir os objetivos do programa ?
- impacto : - Qual o alcance e efeitos, a médio e longo prazo, sobre os problemas que pretende solucionar ?

2.5. Educação e Comunicação

Piovesan et al. (1998) tocam brevemente nas questões de educação e comunicação para a operacionalização do programa de prevenção. Dizem que para essa atividade, o educador necessita saber diferenciar os modos de educação formal, não formal e informal⁵⁴ para poder utilizá-los na construção e execução do programa de prevenção.

No tocante à comunicação, classificam-na como *de massa*, *grupal*, *interpessoal* e *intrapessoal*. Também de *presencial* e *à distância*. A compreensão dessas modalidades de comunicação permite melhor selecioná-las, combiná-las e adaptá-las de acordo com as necessidades e características da população-alvo, propiciando melhor aproveitamento e resultados.

54. Os autores caracterizam essas três formas de educação:

- formal : há uma grade curricular já elaborada, espaços físicos demarcados para as atividades educativas, professores preparados, sistema de avaliação constituído e fornecimento de certificado.
- não formal : o currículo não é fechado, os espaços das atividades educacionais não são necessariamente demarcados e não há o fornecimento de certificado. Apesar desses fatores, é uma educação planejada.
- informal : são as situações de aquisição de saber não formal. Há a necessidade de que o educador saiba que a população-alvo já tem um conhecimento que não pode ser desconsiderado no processo educativo.

Solano e Hildenbrand (1998) falam que a comunicação é um elemento essencial nas relações humanas, sendo necessário que o profissional de assistência e prevenção da AIDS saiba manipular as variáveis a ela relacionadas.

Inicialmente, classificam a comunicação como *interpessoal* e *intrapessoal*.

A comunicação *interpessoal* é subdividida em *verbal* e *paraverbal*. Na *verbal* há a existência de um sujeito *emissor* e outro *receptor* de informações⁵⁵. A *paraverbal* constitui-se de vários fatores: características sonoras da voz humana (volume, altura, velocidade, fluência da fala), mímica facial e corporal (que expressa emoções), postura corporal frente ao *outro* e estética (cuidados pessoais).

A comunicação *intrapessoal* é a reflexão individual sobre o conhecimento e informações adquiridas no ato educativo. Trata-se de uma reelaboração crítica subjetiva desses conteúdos que tem como produto um posicionamento, uma postura frente aos fatos, ao mundo.

Solano e Hildenbrand indicam que a prevenção das DST/AIDS deve conjugar os vários tipos de comunicação, tanto a *massiva* como a direcionada para o *indivíduo* ou *grupo*. Também explicam que a comunicação pode ser *oral*, *escrita* e/ou *audiovisual*. É fundamental o conhecimento das peculiaridades de cada uma para se identificar suas vantagens e desvantagens.

Os autores esclarecem que o processo de estruturação da comunicação no programa de prevenção segue três fases:

- a) identificação do público-alvo⁵⁶;
- b) clara definição dos objetivos definidos; e
- c) a tomada de decisões referentes ao conteúdo e à forma da mensagem que será difundida.

Ainda vêm a necessidade da validação dos instrumentos de educação e comunicação através da testagem (teste-piloto) por um processo participativo envolvendo a consulta a especialistas de comunicação, educação e saúde e demais profissionais de prevenção e

55. A forma de comunicação verbal mencionada pelos autores segue o modelo de comunicação unilinear denominado de *Paradigma de Lasswell* (Cyrino e Cyrino, 1997; Teixeira, R., 1997). Contudo, ainda há o modelo de comunicação dialógica concebida por Paulo Freire que se fundamenta no diálogo entre educadores e educandos (Gadotti, 1991; Cyrino e Cyrino, 1997; Teixeira, R., 1997; Pitta, 1998).

56. Para isso há a necessidade de realização de pesquisa com os trabalhadores para se identificar seus valores, atitudes, comportamentos, crenças e conhecimentos em relação às DST/AIDS e sua expectativa e receptividade sobre o programa de prevenção da empresa.

assistência, representantes dos trabalhadores e pessoas da sociedade civil dedicadas à causa da AIDS. Os testes podem ser individuais e coletivos através de entrevistas, questionários e fichas de observação.

2.6. Noções básicas sobre AIDS

Para Branco, Solano e Domingues (1998) a exposição das noções básicas sobre a AIDS no programa de prevenção das empresas deve abranger quatro aspectos:

- A ação do vírus no organismo;
- Os meios e as formas de transmissão;
- Os modelos e as formas de prevenção; e
- Os aspectos psicossociais.

A ação do vírus no organismo:

Trata de três temáticas:

- a) O conceito e a história do HIV/AIDS;
- b) O sistema imunológico humano; e
- c) A ação do vírus no organismo.

Os meios e as formas de transmissão:

Inclui as formas de transmissão:

- por fluidos corpóreos;
- sexual;
- sanguínea⁵⁷;

57. Um aspecto que o “Manual” não menciona, mas é muito importante ser esclarecido, é o da janela imunológica (LIMA et al., 1996) para que não se faça doação de sangue quando há suspeita/perigo de se estar recém infectado.

- pré-natal; e
- inseminação artificial⁵⁸.

Modelos e formas de transmissão:

Como as formas de tratamento são deficientes e ainda não se descobriu uma vacina para a doença, a melhor forma de combatê-la é através de sua prevenção. Daí, a necessidade de se incentivar o comportamento de prevenção. Entretanto, deve-se deixar bem claro que esse comportamento é para a prevenção do HIV e não contra seu portador.

Para os autores a prevenção depende de cada um. Mas, para que essa conscientização se dê, o programa deve buscar sensibilizar os trabalhadores, mostrar os riscos da doença e criar espaços para o debate sobre ela. Deve criar momentos que propiciem ao trabalhador a reflexão sobre as idéias e valores pessoais acerca do HIV/AIDS e seus portadores.

É ressaltada a prática do sexo seguro (com formas alternativas para que não se abra mão do prazer), a necessidade de se certificar se o sangue e seus hemoderivados (em caso de transfusão) foram tratados e de se verificar a esterilização de determinados objetos profissionais (médicos, dentistas, barbeiros, manicures, calistas, entre outros).

Aspectos psicossociais:

A AIDS é uma moléstia que traz riscos a toda sociedade, é uma ameaça a todos, não existe o *eu* e os *outros*. E ao infectar-se com o vírus, o ser humano jamais deixa de sê-lo, não adquire um novo estatuto. Porém, quando não devidamente trabalhadas, as implicações clínicas da doença somadas à imagem negativa (representação social) que se faz dela trazem sérios danos emocionais ao HIV soropositivo ou doente de AIDS (geram tristeza, depressão, sentimento de culpa, de vergonha, de morte iminente, trazem a idéia do castigo e de punição divina, prejudicam a identidade, a auto-imagem, criam problemas de relacionamento com familiares e amigos, entre outros malefícios).

58. Há duas outras categorias de transmissão mencionadas por Lima et al (1996) que não constam entre as “Noções básicas sobre AIDS” no “*Manual*”: intradomiciliar e ocupacional. A intradomiciliar é prevenida mediante cuidados adequados com o paciente e hábitos de higiene. A ocupacional relaciona-se a determinados profissionais de saúde (como médicos e profissionais da enfermagem) que tratam de pacientes soropositivos e que correm o risco de contaminação.

Sobre esses aspectos é necessário esclarecer dois pontos aos trabalhadores: 1. A existência de normas de biossegurança e rotinas de quimioprofilaxia para a proteção desses profissionais; e 2. Os demais ambientes de trabalho não oferecem risco de contágio pelo HIV.

Considerando tais questões, a empresa deve adotar uma política de atenção à AIDS que considere uma ação adequada e particularizada para com os trabalhadores que desejam realizar o teste anti-HIV, os HIV soropositivos e doentes de AIDS. Deve ministrar atividades de aconselhamento para diagnóstico (pré e pós-teste), prevenção, assistência e tratamento).

É fundamental ainda que a empresa prepare todos os trabalhadores com educação e informação contra o medo e o preconceito⁵⁹ para que haja a compreensão, amizade e solidariedade, além do sigilo e confidencialidade.

Piovesan et al. (1998) também fazem algumas considerações sobre os elementos que devem fazer parte das informações transmitidas no programa de prevenção da empresa: a política da instituição sobre HIV/AIDS; a avaliação do risco pessoal de infecção e o estabelecimento de um plano de mudança de comportamento; a diferenciação de HIV e AIDS; como o HIV é e não é transmitido; o porquê de não existir o risco de contágio pelo HIV por meio de contato casual; considerações sobre o preservativo (cuidados com o armazenamento, vantagens para a prevenção da AIDS e de outras DSTs e como método contraceptivo e as barreiras culturais ao seu uso); e as relações de gênero (as diferenças de poder entre os gêneros que impedem a negociação para o uso do preservativo).

Abbade e Solano (1998) ainda trazem uma grande contribuição para o programa de prevenção da AIDS nas empresas com um capítulo sobre os direitos humanos e a legislação em torno da AIDS.

Embora os autores não cheguem explicitamente a dizer que as informações sobre tais temas devam ser repassadas aos trabalhadores, há a clara intenção de que os responsáveis pelo programas de prevenção e assistência nas empresas tenham as noções básicas sobre essas questões.

O capítulo em questão trata dos direitos trabalhistas (saque do FGTS e PIS, direito ao trabalho, não demissão por doença, não adoção nas empresas de testes de detecção de HIV,

59. Branco, Solano e Domingues chamam a atenção para a forma como se tem nomeado na sociedade os HIV soropositivos e doentes de AIDS:

“Aidético é um termo preconceituoso! Muitos utilizam este termo mas não sabem a carga de preconceito e discriminação que envolve esta expressão. Se alguém tem um parente com câncer ou hanseníase, ninguém se expressa dizendo: ‘como vai seu parente canceroso ou leproso?’. A palavra ‘aidético’ tem a mesma conotação. E ainda por cima confunde quem já não sabe muito sobre HIV/AIDS. Pessoa com HIV e sem sintomas são chamadas soropositivas ou portadora assintomática de HIV. Caso a pessoa adoça, se adoecer, ele/a estará com AIDS ou vivendo com AIDS.” (Branco, Solano e Domingues, 1998)

Os autores indicam que esse aspecto deve ser esclarecido aos trabalhadores.

etc.), previdenciários (auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte, entre outros), mobiliários e civis, bem como direitos humanos, direito ao tratamento e assistência por instituições de saúde públicas e privadas, além da ética médica em relação aos pacientes infectados (incluindo o sigilo e a confidencialidade) e seus familiares⁶⁰.

2.7. Considerações sobre a proposta de prevenção da CN-DST/AIDS⁶¹

Considerando a AIDS como um fenômeno complexo que atinge toda a sociedade, os autores do “*Manual*” entendem que a epidemia deve ser combatida não só na esfera governamental, mas, também, em todos os âmbitos da sociedade civil. Enfatizando a função e a responsabilidade social das empresas e resgatando uma perspectiva de valorização da saúde dos trabalhadores e respeito aos direitos humanos, vêem no local de trabalho um espaço propício para o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência no trato com a AIDS.

A produção do “*Manual*” se fundamenta em pesquisas realizadas na década de 90, por empresas públicas e privadas, um órgão governamental e uma universidade, acerca dos conhecimentos, atitudes e práticas de vários segmentos de trabalhadores em relação à questão da AIDS. Tais pesquisas indicam que entre os trabalhadores há muita desinformação sobre o tema, crenças equivocadas sobre a AIDS, preconceito às pessoas infectadas pelo HIV e algo muito preocupante: a contradição entre o conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/AIDS e as efetivas atitudes para a prevenção. As pesquisas revelam que possuir informações necessariamente não implica um real comportamento de prevenção do HIV/AIDS. Também apontam uma demanda de maiores informações sobre a epidemia por parte dos trabalhadores. Os resultados desses estudos são significativos uma vez que trazem elementos semelhantes aos apresentados por outras pesquisas em diferentes populações, entre elas uma de abrangência nacional desenvolvida

60. Algo não contemplado no “*Manual*”, mas lembrado por Lima et al. (1996) é a importância de informar o público-alvo sobre as entidades (públicas, comunitárias e ONGs) que oferecem serviços de apoio, assistência e tratamento para os infectados pelo HIV e seus familiares.

61. O conteúdo deste item é um excerto de um trabalho escrito por mim e minha orientadora e apresentado no XXII Congresso Internacional de Enfermeiras (2001) em Copenhague, na Dinamarca. Por este motivo, está redigido na primeira pessoa do plural.

pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde intitulada *“Comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/AIDS”*.

Com base nessas pesquisas, os autores concluem que a prevenção da AIDS no local de trabalho constitui um desafio para os profissionais da Educação. Novas abordagens e linguagens, conjugando elementos que sensibilizem os níveis cognitivos e afetivos dos trabalhadores devem ser buscadas.

Para os autores, apesar de fatores decorrentes das formas de organização do trabalho que dificultam a constituição de programas relacionados à AIDS nas empresas, a diretoria, gerências e chefias devem ser sensibilizadas visando a institucionalização e implementação de políticas e programas abrangentes e contínuos de atenção ao HIV/AIDS, abrangendo a prevenção e a assistência aos trabalhadores e seus familiares, aliando esforços de instituições públicas, privadas e comunitárias, dentro de uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, considerando a participação dos trabalhadores, as peculiaridades organizacionais da empresa e a relação saúde-doença e trabalho nos seus aspectos clínicos, socioculturais, éticos e psicossociais.

Criticam o modelo de programa de prevenção pontual geralmente caracterizado apenas pela utilização de palestras e a distribuição de material informativo para cumprir a legislação governamental que obriga as empresas a manterem atividades para prevenção da AIDS no local de trabalho (A CIPAS no transcorrer da SIPAT). Em contrapartida, propõem um programa de educação contínuo para prevenção da AIDS, que além dos aspectos de biossegurança ligados à saúde ocupacional e a transmissão de informações biomédicas básicas sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/AIDS, considere, também, as questões da luta contra o preconceito, a valorização da solidariedade e formas de convívio em relação aos infectados pelo HIV, as relações de gênero, bem como os direitos humanos e a legislação sobre AIDS.

Buscam adotar um modelo de Comunicação em Saúde abrangente e direcionado para a realidade sociocultural dos trabalhadores, procurando conjugar vários tipos e canais de comunicação - verbal e não-verbal (oral, escrita e audiovisual), presencial e à distância - através do uso de estratégias interpessoais (face-a-face, grupal e massiva) e intrapessoal (o diálogo do indivíduo consigo mesmo).

Também se preocupam com a questão da avaliação no/do programa de prevenção. Sustentam que a avaliação deve ser contínua, estar presente desde o planejamento do programa e abarcar as atividades enquanto “*processo*” (avaliação durante o transcorrer do programa) e “*produto*” (avaliação no final do programa).

Fazendo uma interlocução com o “Manual”

Do nosso ponto de vista, apesar dos autores do “*Manual*” terem produzido uma proposta abrangente acerca da implantação de programas de prevenção e assistência ao HIV/AIDS no local de trabalho, que contempla uma concepção ampla de saúde do trabalhador (a integração entre programas de prevenção e assistência para os trabalhadores, seus familiares e a comunidade, aliando esforços dos serviços públicos e privados de educação e saúde através de uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional e ainda buscando superar os aspectos meramente relacionados à biossegurança / saúde ocupacional da AIDS), uma leitura e análise crítica de alguns apontamentos faz-se necessária em razão de algumas contradições e lacunas de ordem teórico-metodológicas que encontramos neste documento.

Um *primeiro* aspecto diz respeito às empresas como espaços propícios para a implantação de programas de prevenção e assistência no trato com a AIDS (como argumentam os autores do “*Manual*”). O fato é que a realidade brasileira tem mostrado que as empresas que implementam tais programas não se constituem a maioria. As que o fazem geralmente são corporações de grande porte, muitas delas multinacionais que trazem as experiências de seus países de origem. Em outras grandes empresas e na maioria das médias e pequenas, mesmo não tendo um estudo estatístico que comprove a observação, a realidade nos mostra que pouca ou nenhuma atividade dessa natureza é realizada. Em muitas situações esses programas são vistos pelas empresas como fonte de custos desnecessários e como algo prejudicial ao sistema de produção (uma vez que a proposta oficial é desenvolver este programa junto aos trabalhadores durante a jornada de trabalho), fazendo emergir a contradição entre capital e trabalho. Nesses casos, os investimentos na saúde do trabalhador não são vistos como investimentos na própria produção, mas sim numa perspectiva restritiva de custos. É importante mencionar que, no Brasil, um grande

contingente de trabalhadores convive com condições precárias de trabalho e saúde e, embora haja leis que visem proteger os trabalhadores, na prática, os recursos utilizados pelos órgãos governamentais para que essa proteção seja realmente efetiva geralmente são escassos, precários e falhos. Portanto, um primeiro apontamento a ser feito é que poucas empresas têm sido efetivamente locais de trabalho propícios para a implantação de programas abrangentes e contínuos de prevenção e assistência à AIDS. A maioria oferece apenas um mínimo de atividades para cumprir a legislação ou nada fazem (como mostra os estudos apontados pelo “*Manual*”).

Um *segundo* ponto a ser questionado é um dos resultados da pesquisa da EDUCAIDS do DTSE/Petrobrás (Capítulo II do “*Manual*”) sobre os conhecimentos, atitudes e práticas de seus funcionários em relação à questão da AIDS. A pesquisa indica que grande parte de seus trabalhadores estão preparados para o convívio com portadores de HIV/AIDS. Estranhamos esse resultado pois, as pesquisas, sejam realizadas em locais de trabalho ou com outras amostras populacionais, ainda têm mostrado muito preconceito e estigmatização, inclusive de ordem religiosa (a idéia da AIDS como castigo divino) para com esses indivíduos. Acreditamos que uma falha na metodologia de pesquisa centrada, de maneira inadequada, mais no discurso do que na prática dos entrevistados trouxe um elemento divergente de outras pesquisas e que, portanto, tal questão deveria ter sido melhor explorada.

O *terceiro* apontamento diz respeito à temática “Informação / Educação em Saúde” para prevenção da AIDS. Entendemos que os autores do “*Manual*” têm a intenção de propor uma forma abrangente e contínua de educação, abarcando aspectos clínicos, éticos, socioculturais, religiosos, econômicos e psicossociais da prevenção e contemplando os níveis cognitivo e afetivo dos trabalhadores e seus familiares. Porém, em vários momentos o texto contraditoriamente restringe a concepção de educação à de informação. O próprio documento explicita o ato de informar como a transmissão de informações por um sujeito *emissor* para outro *receptor*. Assim, embora o “*Manual*”, visto de forma geral, procure trazer uma concepção de educação abrangente e contínua, ele ainda apresenta, em vários momentos, a utilização das duas concepções como se fossem sinônimos, denunciando a falta de melhor clareza e questionamento quanto aos pressupostos que embasam a cada um dos conceitos.

A questão da *participação / sensibilização* e *obrigatoriedade* é o **quarto** aspecto que analisamos. Os autores acreditam num programa estruturado através da participação dos trabalhadores seja nas ações de prevenção ou assistência. Também mencionam a necessidade do uso de estratégias de sensibilização para estimular essa participação. Ainda propõem a sensibilização na negociação com diretores, gerentes e chefias visando a implementação dos programas. Contudo, em dado momento apregoam a obrigatoriedade da presença dos trabalhadores nos programas de prevenção. Vemos, portanto, uma contradição na proposta dos autores: “*participação / sensibilização*” versus “*obrigatoriedade*”. Há possibilidade de sensibilizar e requerer participação numa ação impositiva ?

O **quinto** ponto analisado é a questão da *multidisciplinaridade* e *multiprofissionalidade*. Propõe-se a formação de equipes com essas características para a promoção dos programas, no entanto, acreditamos que os conceitos e significados de *interdisciplinaridade* e *transdisciplinaridade* sejam mais adequados no campo da educação/prevenção do HIV/AIDS, pois, trazem uma concepção mais abrangente de integração entre diferentes campos e conhecimentos.

Um **sexto** tópico de análise é o fato de utilizarem os termos *treinamento*, *capacitação* e *reciclagem* para fazer referência à necessidade de constante atualização de conhecimentos por parte das equipes que constituem os programas. Acreditamos que um outro conceito é mais significativo para a questão, o de *Educação Continuada* proposto por Bagnato (1999). Entendemos que a Educação Continuada vai para além do atendimento das necessidades da instituição, ela visa também atender as necessidades e os interesses dos sujeitos envolvidos nesse processo. Nele, os sujeitos buscam se realizarem como pessoas. Assim, a Educação Continuada é uma prática social mobilizadora de várias possibilidades de saberes e ações dos profissionais e outros trabalhadores.

Por último, o **sétimo** questionamento, relaciona-se aos temas e conteúdos a serem abordados nos programas de prevenção da AIDS. O “*Manual*” procura abarcar as noções básicas para tal fim: história e conceitos sobre o HIV/AIDS, a ação do vírus no organismo, formas de transmissão e prevenção, testagem e soropositividade, convívio social, solidariedade e luta contra o preconceito e discriminação em relação aos indivíduos contaminados, o uso (e negociação do uso entre os parceiros) do preservativo, as relações de gênero, os direitos humanos e a legislação sobre a AIDS. Embora reconheçamos uma

abrangência significativa desses temas e conteúdos, outros também são importantes como: a percepção sobre a vida e a morte, a responsabilidade individual e coletiva, o respeito à autonomia / decisão individual, o respeito à escolha sexual, o prazer como risco de vida, a importância da adesão ao tratamento da doença (para maior sobrevida, melhor qualidade de vida, redução da vulnerabilidade individual e coletiva e possibilidade de se ter filhos saudáveis) as questões religiosas, as especificidades da cultura do uso de drogas e as singularidades da cultura sexual brasileira (especialmente os aspectos que dificultam a prevenção da AIDS entre as mulheres). A complexidade da AIDS demanda uma abordagem multidimensional e multireferencial.

3

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

De acordo com o enunciado sobre o processo de análise de informações seguido nesse estudo (p. 30-32), com base nos referenciais teórico-metodológicos apresentados e na organização das informações obtidas em categorias, passo a apresentar e analisar estas informações através de temas (*Análise Temática*).

3.1. Concepções de sociedade, homem e trabalho

Procurar analisar as atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS de uma empresa exige situá-la no contexto político, econômico e social do qual faz parte, pois, assim como as demais atividades desenvolvidas no âmbito desta empresa, as de Educação em Saúde são também permeadas por esse contexto, ampliando ou limitando sua abrangência.

O primeiro aspecto a considerar é que estamos tratando de uma organização capitalista, portanto, cuja existência tem como objetivo o acúmulo de capital, a lucratividade (obtida pela mais-valia).

Esta organização está situada numa sociedade, também capitalista, que, como vimos (p. 35-37), é marcada por fortes transformações no mundo do trabalho e suas implicações.

Como era de se esperar, tais transformações, bem como os efeitos delas decorrentes, expressam-se na empresa estudada. Uma delas, ocorrida em 1992, foi a associação da principal acionista com duas outras grandes empresas (formando uma *join venture*) buscando manter-se num mercado altamente competitivo.

Uma significativa mudança foi o “enxugamento” da pirâmide hierárquica dos cargos com a conseqüente demissão de trabalhadores.

A pirâmide hierárquica passou por um enxugamento. Assim como todas as grandes empresas brasileiras passaram por esse enxugamento desde quando o [ex-presidente] Collor assumiu [o governo] e abriu o mercado. Com isso, as empresas foram enxugando os níveis hierárquicos. Há chefias, hoje, que não existem mais. Outros níveis [hierárquicos] também [já] não existem. Áreas também foram fundidas, alguns cargos foram extintos. Por exemplo, Assistente Social. Assistente Social, hoje, a empresa não tem. (*Gerente de Recursos Humanos*).

Outra mudança foi a adoção da terceirização de algumas ocupações, uma estratégia de racionalização do trabalho que gera redução de custos com mão-de-obra derivados de encargos administrativos, salários e benefícios sociais. A terceirização não ocorre sem que haja demissão de trabalhadores.

Temos em torno de uns 300 [trabalhadores] terceirizados. A portaria, a limpeza, o restaurante, a parte da área de manutenção, um quadro de guardinhas. Temos umas pessoas na engenharia, na informática, no financeiro. (*Gerente de Recursos Humanos*).

A presença da passagem da *qualificação* para a *competência*, também fonte de demissões e de elaboração de critérios rigorosos e restritos para a seleção de mão-de-obra, é visível no sistema de avaliação da produtividade dos trabalhadores.

Nosso sistema de avaliação é por competência. Implantamos em 98. A gente avalia todos os aspectos. Tanto o aspecto técnico como comportamental de cada funcionário. (*Gerente de Recursos Humanos*).

Ainda há outras implicações relevantes: o “enxugamento” da pirâmide hierárquica dos cargos, trouxe, por exemplo, um grande prejuízo à assistência dada aos trabalhadores pela extinção do cargo de Assistente Social.

Nós tínhamos uma Assistente Social. Hoje, a empresa não tem. Seria, ao meu ver, alguém de grande importância na empresa. Mas, infelizmente, alguns cargos estão sumindo. (*Gerente de Recursos Humanos*).

Também sobre esse “enxugamento” é citado:

... essas reduções afetam no relacionamento, na motivação das pessoas, na segurança, na sua vida familiar. Ela cria, de certa forma, um distúrbio. (*Gerente de Recursos Humanos*).

Esse “distúrbio” está diretamente relacionado a uma questão crucial para o trabalhador: a empregabilidade.

Se na década de 70, no “Brasil do Milagre”, havia uma oferta expressiva de emprego, hoje a situação é totalmente oposta, com um mercado de trabalho altamente restrito. Nesse contexto, as condições de empregabilidade são geradoras de incertezas quanto ao futuro.

Se fôssemos olhar um pouquinho prá trás, os nossos pais, eles não tinham tantos problemas de emprego. Empregabilidade! Geralmente, eles ficavam vinte anos numa empresa.

Hoje, há uma insegurança, uma insegurança terrível. Cada dia é um dia em que você nunca sabe se amanhã vai estar empregado. Se vai estar empregado ou não! Se vai conseguir arrumar emprego ou não! O que eu devo fazer prá administrar o meu futuro, a minha carreira !? (*Gerente de Recursos Humanos*).

As condições de trabalho também trazem um desgaste físico e mental aos trabalhadores.

A pressão [sobre os trabalhadores da produção] é mais física. A nossa [dos trabalhadores do setor administrativo] é mais mental. (*Gerente de Recursos Humanos*).

O desgaste mental do trabalhador é associado pelo Gerente de Recursos Humanos aos *workaholics*, pessoas dos setores administrativos que geralmente ocupam cargos de chefias e que chegam até a trabalhar doze horas (ou mais) diariamente, muitas vezes levando tarefas do local de trabalho para serem realizadas na própria casa.

Disso, uma das consequências negativas ao trabalhador é o pouco tempo livre que lhe resta para o lazer e dar atenção à sua família.

A gente se dedica muito à empresa. Acaba se tendo um desequilíbrio. Acho que isso ocorre pelo próprio capitalismo, que está muito forte. Com muita força! O mundo após a queda do Muro de Berlim, da União Soviética! Ele ficou muito forte no mundo e eles exigem que você faça parte disso, senão, outros fazem. (*Gerente de Recursos Humanos*).

E não é só aqui [nesta empresa]. Na conversa com alguns amigos, todos falam que está cada vez mais difícil, mais serviço, eles te cobram, te passam tarefas! Olha! Está cada vez mais difícil! A gente não tem tempo mais pra lazer, família, estudo. Não!

(...)

E, aliado a essa cobrança, temos que dar resultado! (*Gerente de Recursos Humanos*).

A cobrança é muito, muito forte. Deveria haver um equilíbrio entre trabalho, lazer e família. Isso é essencial. Eu acho que poucas empresas ainda enxergam isso, o bem-estar [dos trabalhadores]. (*Gerente de Recursos Humanos*).

Outro grave efeito desse comportamento diz respeito à saúde do trabalhador. Falando sobre os *workaholics* o Médico do Trabalho menciona:

Eles ficam estouradíssimos! Problemas sérios de saúde! Eles não têm aquela exigência de se fazer hora extra que pode haver com o pessoal da produção, mas acabam trabalhando mais que o horário normal. (*Médico do Trabalho*).

O desgaste físico do trabalhador da produção é associado às horas extras, entretanto, há um aparato sindical atuante para que não haja seu excesso.

O sindicato exigiu e surgiu uma legislação que restringiu muito as horas extras. A hora extra é policiada, não se faz mais à revelia, como se fazia

antigamente. Tem que haver a convivência do empregado. Se ele não quiser, ele não faz. Antes, era quase que obrigatório fazer. Tinha que fazer e acabou! (*Médico do Trabalho*).

Por fim, é fundamental dizer que há trabalhadores da produção que sofrem os sérios efeitos do nosso sistema socioeconômico. A condição de empregado, de receber um salário, não necessariamente livra o trabalhador desse mal.

... eu tenho pacientes [da produção] com problemas sociais graves. (*Médico do Trabalho*).

Do que foi descrito, fica evidente que a concepção de sociedade adotada pela empresa é a capitalista. Assim, as concepções de trabalho e de homem estão a ela atreladas.

No capitalismo, o trabalho, através de sua exploração (mais-valia), é a fonte de lucratividade dos proprietários do capital (meios de produção e/ou recursos financeiros). O sentido de sua existência está voltado prioritariamente para as necessidades do acúmulo do capital em detrimento da satisfação das necessidades humanas essenciais. Podemos, então falar de uma forma de trabalho alienada.

O trabalhador, inserido nessa forma de organização do trabalho e da produção, é pressionado pela força do sistema capitalista a desempenhar seu papel de maneira a assegurar a continuidade desse sistema, mesmo pondo-se à mercê dos prejuízos socioeconômicos que uma sociedade essencialmente estruturada nas diferenças de classes sociais pode lhe causar.

Se considerarmos um local de trabalho cerceado por tais concepções de sociedade, de homem e de trabalho sob a perspectiva da *Sociologia da Vida Cotidiana* de Agnes Heller, podemos dizer que o sujeito (trabalhador), impelido à alienação, desenvolve a atividade *humano-genérica* do trabalho a partir de sua *particularidade*.

Suas formas de pensamento e ação recriam no seu cotidiano relações sociais capitalistas já fortemente cristalizadas, produzindo, então, na esfera da realidade, objetivações sociais *em si*.

Nessa realidade, na *heterogeneidade* de sua vida cotidiana, o trabalhador muitas vezes tem em grande conta o trabalho como prioridade *hierárquica* de seus afazeres, mesmo em prejuízo próprio.

O comportamento do *workaholic* ilustra até que ponto o tempo despendido com o trabalho chega a prejudicar o tempo livre do trabalhador a ser dedicado ao lazer, à família e à saúde, algumas das necessidades vitais do ser humano.

Mas, se por um lado Heller identifica na vida cotidiana o *locus* da produção da alienação, por outro, dialeticamente também a reconhece como um espaço para a possibilidade de libertação social em que o sujeito, através do desenvolvimento de atividades *humano-genéricas* a partir de sua *individualidade* (portanto, ações guiadas pela *homogeneização*), possa satisfazer suas necessidades humanas (particulares e coletivas, carecimentos radicais ou não), ou seja, possa criar relações sociais objetivas *para si*.

Não é meu objetivo nesta pesquisa utilizar o referencial helleriano para investigar na empresa em questão as ações *homogêneas* dos trabalhadores presentes em suas lutas gerais (provenientes do embate capital-trabalho) por melhores condições de trabalho, de saúde e, enfim, de vida.

Interessa-me saber se, especificamente sobre o Programa de prevenção da AIDS implementado pela empresa, os trabalhadores possuem espaços para participação (produção de ações *homogêneas*) em seu planejamento, execução e avaliação, de forma que o programa vá de encontro às suas necessidades, ou se essas ações são realizadas de modo hierárquico, atendendo principalmente as necessidades do capital (atender ao cumprimento da lei sobre a obrigatoriedade de realização da CIPAS e limitar o tempo das atividades educativas de forma a não prejudicar o andamento do processo produtivo, entre outras).

Ao aprofundar a análise das informações, trarei, entre outros conteúdos, respostas a esta questão.

3.2. Concepções de saúde e saúde do trabalhador

A estrutura de atenção à saúde

Para a análise das concepções de saúde e saúde do trabalhador utilizadas pela empresa, relembro que tomo como um dos referenciais o *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde* que em linhas gerais associa a saúde às condições de alimentação,

habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho/emprego (com amplo conhecimento dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho), transporte, lazer, repouso, segurança, liberdade, acesso a posse de terra e a serviços de saúde (organizados com a participação popular).

Ainda responsabiliza o Estado pela garantia de condições dignas de vida e de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde à população.

Dentro do que preconiza a VIII CNS, alguns elementos constituintes da saúde são oferecidos pela empresa.

Num primeiro plano, cito o trabalho/emprego. Contudo, não devemos esquecer que o fato de o trabalhador receber um salário (rendimento) não necessariamente significa que esteja livre dos graves problemas socioeconômicos que assolam a maioria da população.

Sobre a questão salarial, as faixas se enquadram no que é estabelecido em negociações entre as empresas metalúrgicas e o sindicato dos trabalhadores da categoria. Também há um programa anual de participação de lucros e resultados (PLN) e uma premiação por tempo de serviço (a cada quinquênio trabalhado).

Alguns benefícios sociais disponíveis são: o transporte residência - local de trabalho (ida e volta), alimentação (refeitório no local de trabalho), lazer (área de esporte e lazer), convênio com farmácia (aquisição de medicamentos com desconto), cesta de Natal e distribuição de brinquedos aos filhos dos trabalhadores pela ocasião do Natal.

Na área da educação é oferecido o curso supletivo (ensino fundamental e médio) em salas de aula no âmbito da própria empresa, que fornece gratuitamente professores, material educativo, transporte e alimentação aos trabalhadores.

Aos profissionais de alguns cargos ainda é disponibilizado auxílio financeiro para frequentar o curso de idiomas (inglês ou espanhol) e/ou informática.

No campo da saúde e da segurança laboral há um Ambulatório Médico no recinto da empresa, o Convênio de Assistência Médico-Hospitalar (extensivo aos dependentes dos trabalhadores), a CIPA e o SESMT (E.H.S.)⁶².

Dos benefícios sociais, os trabalhadores terceirizados têm acesso a transporte, alimentação, curso supletivo (acompanhado dos demais incentivos oferecidos aos trabalhadores efetivos), atendimento de urgência pelo Ambulatório Médico e, quando

62. Sobre os profissionais que compõem esses órgãos, consultar a p. 33.

necessário, abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)⁶³.

Os demais benefícios a esses trabalhadores ficam a cargo das empresas terceirizadas que os contrataram, podendo ou não oferecê-los.

Há, ainda, um programa que está sendo implantado (Pesquisa de Clima Organizacional) para que os trabalhadores (efetivos) avaliem suas condições de trabalho.

A Pesquisa de Clima Organizacional é voltada para os aspectos internos da empresa. Abrange a parte de relacionamento, segurança, benefícios, salário, treinamento, reconhecimento, integridade. São diversos assuntos que você colhe as informações [dos trabalhadores], tabula e tenta encontrar soluções para os problemas apontados.

O questionário é respondido de livre e espontânea vontade. Sem colocar nome, sem colocar nada [que os identifique]. Eles [os trabalhadores] irão pô-los numa urna e a gente [da ARH] vai fazer a avaliação dos resultados. (*Gerente de Recursos Humanos*).

Considerando os elementos descritos a partir do que é defendido pela VIII CNS, entendo que, no que se refere às questões salariais, de benefícios sociais, de saúde e de segurança laboral, a empresa proporciona ao trabalhador efetivo uma significativa estrutura para o atendimento de suas necessidades.

Já em relação aos trabalhadores terceirizados a satisfação de algumas dessas necessidades depende das empresas que os contrataram. Nesse aspecto, o que se detecta é uma diferenciação entre o que é oferecido aos trabalhadores das áreas administrativas e de produção. Um exemplo disso é o atendimento em saúde.

As empresas terceirizadas, principalmente as que fornecem pessoal administrativo, costumam ter a [empresa de Assistência Médica] ou algo do tipo [empresa Seguradora de Saúde]. Mas, normalmente, o que a gente percebe é que as empresas terceirizadas que trabalham com obras, na produção, essas acabam não tendo uma assistência médica privada. Então, esse pessoal é encaminhado para o SUS. (*Médico do Trabalho*).

63. O Ambulatório Médico dá ao trabalhador terceirizado o atendimento de urgência. Sua continuidade é realizada pelo SUS ou pela empresa de prestação de serviços de saúde contratada pela empresa terceirizada.

A CAT é um documento que permite ao trabalhador receber os benefícios provenientes do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social).

Os órgãos de atenção à saúde

Ainda sobre a atenção dada pela empresa à saúde, vejo a necessidade de se especificar os serviços oferecidos por seus órgãos de saúde aos trabalhadores e seus familiares.

O Ambulatório Médico, situado no próprio local de trabalho, é organizado de acordo com o PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (regido pela NR-7 do MTb) planejado pelo Médico do Trabalho⁶⁴, prestando serviços de atenção primária, secundária e terciária de saúde aos trabalhadores efetivos e atendimento de urgência aos trabalhadores terceirizados.

Na atenção primária são desenvolvidos trabalhos voltados para a promoção da saúde que incluem atividades de orientação nas consultas com os especialistas (Médicos, Fonoaudióloga, Dentista e Fisioterapeutas - quando há procura pelos trabalhadores) e durante a SIPAT (sobre higiene, segurança e medicina do trabalho, além de prevenção de doenças ocupacionais e não-ocupacionais, incluindo a AIDS).

Especificamente sobre a LER/DORT existe um trabalho de orientação para sua prevenção realizado na área da produção (setor de isolamento de bobinas) através de uma equipe composta pelo Médico do Trabalho, Fisioterapeutas e trabalhadores do setor.

O Ambulatório também veicula campanhas, à par das do Ministério da Saúde, para a prevenção de doenças não-ocupacionais (dengue, cólera, etc.).

E, ainda, há um trabalho direcionado para a prevenção da gripe entre os trabalhadores através de vacinação.

Na atenção secundária, o serviço de triagem é feito pela equipe de Enfermagem, que encaminha o trabalhador para o tratamento específico: da própria Enfermagem; no caso de doenças ocupacionais, para o Médico do Trabalho; e outras especialistas: Clínicos Gerais, Cardiologista, Ortopedista, Dentista, Fonoaudióloga e Fisioterapeutas. O trabalhador ainda tem a liberdade de marcar a consulta diretamente com o(a) especialista, sem passar pela triagem.

64. O Médico do Trabalho tem sua graduação pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com residências em Medicina Preventiva e Social e em Saúde Ocupacional, daí sua habilitação para Médico do Trabalho. Ainda especializou-se pela ANAMT (Associação Nacional de Medicina do Trabalhador), filiada à AMB (Associação de Medicina Brasileira). Também tem formação em Medicina Ocupacional e Ambiental por uma universidade norte-americana.

No caso de não haver o profissional de saúde exigido no Ambulatório, o trabalhador é encaminhado para ser atendido pelo Convênio Médico-Hospitalar. Porém, mesmo havendo o especialista no Ambulatório, o trabalhador pode requisitar o atendimento pelo Convênio.

Ainda sobre a atenção secundária encontramos os serviços de urgência, diagnóstico (em exames pré-admissionais, periódicos e consultas) com o suporte de exames laboratoriais (a coleta de material é feita no próprio Ambulatório e o exame é realizado por uma empresa terceirizada - inclusive o teste de soropositividade para o HIV. Os exames mais sofisticados são encaminhados para o Convênio), tratamento imediato de doenças ocupacionais e não-ocupacionais, limitação da incapacidade para o trabalho, acompanhamento dos casos de doenças crônicas e impedimento da propagação de doenças.

Na atenção terciária as atividades estão voltadas para a reabilitação de trabalhadores portadores de LER/DORT e sua reintegração ao ambiente de trabalho. Os demais casos que exigem o atendimento pelos serviços terciários são encaminhados para o Convênio.

A maior parte dos problemas de saúde assistidos no cotidiano do Ambulatório são descritos pelo Médico do Trabalho:

As demandas são sazonais. Por exemplo, agora, no período de frio, é queixa de gripe, coriza, mal-estar no corpo, esse tipo de situação. E quando há momentos de crise na empresa, quando eles ficam preocupados com demissão, eles vêm aqui com dor de cabeça, mal-estar, queixas meio vagas. Mais um desconforto do que realmente o início de uma patologia.

Como demanda dos trabalhadores nós também temos a ocorrência de pequenos acidentes, algo muito importante a ser considerado. Temos esse tipo de atendimento quase que diariamente. São pequenos, mas, acontecem. Trauma, batida, corte na ponta do dedo. É algo decorrente do tipo de produção dessa empresa.

No geral, as demandas são simples. Problema de pele, dor de cabeça, medida de pressão arterial. Esse é o grosso da coisa.

Não difere muito do que é atendido por um Posto de Saúde, guardado o fato de que as queixas femininas aqui são menos frequentes visto que nossa população feminina não é tão grande e não temos atendimento pediátrico.

No atendimento clínico, que é adulto, nós temos as mesmas queixas que um Centro de Saúde. É bastante semelhante. 80% dos casos podem ser resolvidos com a Enfermagem ou com o Clínico que trabalha aqui. (*Médico do Trabalho*).

O Médico do Trabalho também relata a filosofia de trabalho que norteia o atendimento ambulatorial:

Hoje, procuramos nos preocupar mais com a eficácia, mais com a qualidade do atendimento e não com a quantidade. Resolver rápido! E a empresa oferece facilidade para isso. Temos uma grande preocupação com a eficácia, que isso realmente funcione bem! (*Médico do Trabalho*).

Acerca da avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais, essa atividade é realizada por uma empresa de auditoria externa.

Na área de Saúde Ocupacional, há os parâmetros que a [empresa], a matriz nos Estados Unidos, possui e que nos cobra seu cumprimento. Há a auditoria de uma empresa norte-americana. A auditoria é sobre um programa chamado [Programa-padrão internacional de serviços de saúde da empresa] e diz respeito exclusivamente à Assistência Médica. Há uma série de parâmetros que temos que cumprir. A auditoria verifica se os parâmetros estão sendo cumpridos ou não. Material utilizado, treinamento de pessoal, qualificação profissional... São vários parâmetros, situações detalhadas. O nosso nível de qualidade está bem próximo da pontuação máxima dada pela auditoria. Uma coisa ou outra é que ainda falta. (*Médico do Trabalho*).

O Convênio Médico-Hospitalar, exclusivo para os trabalhadores efetivos e seus dependentes, oferece serviços secundários e terciários de saúde.

No nível secundário tem-se o atendimento de urgência, consultas, diagnóstico (inclusive com exames sofisticados), tratamento (incluindo internações e cirurgias).

No nível terciário há as atividades de reabilitação de doenças ocupacionais e não-ocupacionais.

Sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Convênio, o Médico do Trabalho menciona:

É um sistema que funciona bem. Não tem uma rede grande de Médicos credenciados, mas, se não tem quantidade, tem qualidade. Os Médicos credenciados foram escolhidos pelas demandas dos próprios funcionários. O credenciamento foi feito com base no histórico, na procura que já existia nos convênios anteriores. São Médicos que já têm um certo contato com a população daqui, da [empresa]. E, em termos de qualificação técnica, nunca

tivemos queixas sobre os Médicos. O plano dá uma boa cobertura! (*Médico do Trabalho*).

A CIPA e o SESMT (E.H.S.) são responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação do PPRA - Programa de Proteção de Riscos Ocupacionais (regido pela NR-9 do MTb) e atuam na área de atenção primária em saúde, tendo como foco de suas ações a prevenção individual e coletiva de acidentes de trabalho e doenças principalmente ocupacionais.

Entre suas rotinas estão a orientação para o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), as inspeções para detecção de fatores de riscos ocupacionais e danos ao meio ambiente, a formação de pessoal para atendimento de emergência em caso de acidentes de trabalho e a organização de processos produtivos de acordo com padrões ergonômicos de trabalho.

Também estão a cargo destes órgãos a realização da SIPAT e do DSS (Diálogo Semanal de Segurança).

Na SIPAT, promovida anualmente a todos os trabalhadores⁶⁵, são realizados eventos (palestras, sorteios, concursos, entre outros) relacionados à prevenção dos acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais e não-ocupacionais (como a AIDS).

O DSS, de periodicidade semanal, é um canal de comunicação entre os cipeiros e os trabalhadores da produção, tratando dos mesmos temas da SIPAT e de outros assuntos de interesse geral dos trabalhadores (segurança no trânsito, violência, legislação trabalhista e previdenciária, entre outros).

A integração com os Serviços Públicos de Saúde está relacionada à Vigilância Sanitária, campanhas em massa de prevenção de doenças e diagnóstico de AIDS (quando o trabalhador opta por não utilizar os serviços do Ambulatório Médico da empresa), bem como seu tratamento (acompanhamento médico e aquisição gratuita do coquetel anti-AIDS) através do CTA/COAS.

Embora o tratamento da AIDS seja feito pela Saúde Pública, as doenças oportunistas dela decorrentes podem ser tratadas através do Ambulatório e do Convênio da empresa.

65. Os trabalhadores terceirizados são chamados à participação, contudo, esta depende da liberação pelas empresas que os contrataram.

Apesar da ampla estrutura em saúde proporcionada pela empresa, é detectada a necessidade de ampliação do quadro de especialistas do Ambulatório pela contratação de profissionais das áreas de Psicologia e Assistência Social.

No Ambulatório, nós já solicitamos, porém, estamos com uma certa dificuldade operacional para sermos atendidos... Há a necessidade de um Psicólogo na empresa, principalmente, quando há um momento de crise, de demissões, esse tipo de situação que temos uma certa dificuldade de administrar. Até porque não temos um funcionário específico para atuar nessa área.

Outro exemplo: nós temos um contingente de pessoas que foram readaptadas ao trabalho devido ao problema de LER/DORT. Pessoal da área de isolamento de bobina, principalmente, mulheres. 90% são mulheres. Então, temos umas vinte pessoas que retornaram ao trabalho e foram readaptadas a outras funções. E algumas delas têm dificuldades nessa readaptação. Não por conta do problema ergonômico, de readaptação ergonômica, ocupacional. Por conta de estarem realmente voltando à atividade. A maioria ficou muito tempo afastada do trabalho. Três ou quatro anos, e voltar novamente a trabalhar traz dificuldades emocionais. E, talvez, a presença de um Psicólogo tornaria essas pessoas mais produtivas. Não digo só em relação à produção, mas, traria ganhos à satisfação pessoal, à qualidade de vida. Eu sinto falta disso!

Também sinto falta de a empresa não ter uma Assistente Social. A gente fica sobrecarregado porque há a necessidade de se fazer esse papel, e a gente acaba tendo que cobrir um pouco isso sem, inclusive, ter a formação adequada. (*Médico do Trabalho*).

O Médico do Trabalho ainda relata a dificuldade para a contratação desses profissionais. Sobre o(a) Psicólogo(a), diz:

Tenho solicitado [sua contratação]! Mas eu sei que como a empresa tem tido alguma contenções de custos, isso não é prioridade. Então, no nosso cotidiano, acabamos tendo que fazer um pouco esse papel para o trabalho render, para a satisfação da demanda. É uma necessidade ciente, mas, ainda não satisfeita. (*Médico do Trabalho*).

E sobre o(a) Assistente Social, menciona:

Isso [a contratação] é ainda mais complicado. A área de Recursos Humanos acaba absorvendo esse papel. Mais eles, que nós! Porque acabamos resolvendo o problema mais técnico e o problema social acaba indo pra eles

[resolverem]. E eles sabem dessa necessidade. Estão cientes desse problema. Mas, também têm suas limitações. (*Médico do Trabalho*).

Assim, se por um lado os serviços de saúde são significativamente organizados no que diz respeito aos aspectos preventivos e curativos das doenças, por outro, existe uma deficiência no que se refere às ações de assistência social e apoio psicológico aos trabalhadores, revelando uma “lacuna” na concepção de saúde da empresa.

O conceito de saúde do trabalhador

No plano teórico-metodológico o referencial que orienta as políticas e a filosofia de atendimento à saúde do trabalhador é o da Saúde Ocupacional (ações preventivas e curativas relacionadas a acidentes de trabalho, danos ambientais, doenças ocupacionais e, no caso dessa empresa, também não-ocupacionais) que tem como fundamento a Medicina Preventiva de Leavell e Clark (o triângulo epidemiológico formado pelo *agente, hospedeiro e meio ambiente* - consultar o Anexo 9.1).

... o que você vê hoje na Saúde Ocupacional !? Ela é uma área da Medicina que se ocupa da prevenção, manutenção e controle da saúde do trabalhador. E a atuação nela é na prevenção primária (que é a pré-patogênese, ainda com o organismo em estado de equilíbrio). E na secundária e na terciária, que são aquelas fases em que há a doença. (*Médico do Trabalho*).

... você tem o triângulo epidemiológico: o hospedeiro, o agente e o meio ambiente! São os parâmetros que você tem que controlar e equilibrar pra ter boas condições de saúde. Se você é um Médico do Trabalho que consegue dar uma boa atenção ao hospedeiro, oferecer um bom tratamento de saúde pra ele, é algo essencial! Essa é a lógica que nós temos aqui! (*Médico do Trabalho*).

A saúde não é a ausência da doença! A saúde é um equilíbrio no triângulo epidemiológico. Aí, você está levando em conta a própria definição da OMS de que saúde é um pleno bem-estar físico, psíquico, de relacionamento, tudo isso! Pra você ter a saúde tem que haver um equilíbrio no triângulo epidemiológico. (*Médico do Trabalho*).

Dentro dessa perspectiva de trabalho, o foco de atenção é as atividades de prevenção:

Se você tem controle desses três parâmetros [agente, hospedeiro e meio ambiente], você faz uma boa saúde do trabalhador. Porque você pode fazer um tratamento primário, preventivo. (*Médico do Trabalho*).

O papel do Médico (falo do Médico em geral, não especificamente do Médico do Trabalho) é mais importante quando consegue reverter o estado da doença para a saúde. Esse é o papel principal dele, o que se espera dele. Agora, com o Médico do Trabalho ocorre algo diferente, espera-se que ele mantenha a saúde para não entrar num estado de doença. É uma visão preventiva da Saúde Ocupacional. (*Médico do Trabalho*).

O mais importante de nossa função é justamente a prevenção primária, quando você faz a promoção da saúde antes que se instaure a doença. (*Médico do Trabalho*).

Contudo, a despeito da filosofia/política e da estrutura dos serviços de saúde da empresa, no dia-a-dia do trabalho seus profissionais se deparam com limitações decorrentes do sistema socioeconômico do país:

Aqui, eu tenho um controle sobre os agentes de risco. E tenho, também, um serviço de saúde muito bom para tratar o hospedeiro. O que eu não tenho é um controle sobre o meio ambiente. É uma situação brasileira! Isso, às vezes, me escapa! O ambiente macroestrutural! Tudo isso que nós, brasileiros, estamos vivendo hoje! (*Médico do Trabalho*).

Esse lado socioeconômico não está sob meu controle. Foge da minha alçada. Foge toda hora! E a gente não tem como intervir! (*Médico do Trabalho*).

Isso é realmente frustrante! É algo frustrante! Eu tenho alguns exemplos de pacientes que têm problemas sociais gravíssimos! (*Médico do Trabalho*).

Por exemplo, uma mulher que morava numa favela e, como começou a ter uma situação econômica um pouco melhor, a casa dela deixou de ser um barraco para ser uma casa de alvenaria. E o que aconteceu!? O pessoal da favela não queria que ela morasse mais lá! Porque a casa era de alvenaria! Na favela não se podia morar numa casa de alvenaria! Aí, começaram as represálias. As pessoas, os líderes da favela, depredavam a casa dela! Agora, você pode perceber! Por mais que eu controlasse o meio ambiente na empresa, oferecesse um sistema de saúde eficaz e ela estivesse com boas

condições físicas de saúde prá trabalhar, como uma pessoa dessas vai ter saúde!?

Então, são problemas que fogem da minha ação, da minha alçada!

Você pode até, enquanto Médico do Trabalho, pesar isso no diagnóstico, na sua conduta para orientar, tratar, mas eu tenho muito pouco a oferecer em minha intervenção. É muita limitação! (*Médico do Trabalho*).

Falando sobre os problemas socioeconômicos vividos pelos trabalhadores, o Médico do Trabalho retoma a necessidade da contratação do(a) Psicólogo e do(a) Assistente Social. Porém, reconhece o limite de suas ações.

É por isso que acredito que, no caso de uma empresa que oferece um sistema de saúde eficaz, tratando bem o hospedeiro, e que tem um controle eficaz sobre os agentes de risco, o Psicólogo e a Assistente Social seriam importantes num país como esse em que a gente vive, no mundo em que a gente vive, nessa Globalização! Para eles tentarem entender, intervir, nesse outro lado do meio ambiente, principalmente, o socioeconômico. (*Médico do Trabalho*).

Aqui, você consegue ter o controle do agente e fortalecer o hospedeiro. Falta um maior controle sobre o meio ambiente! Talvez, esses dois profissionais, o Psicólogo e a Assistente Social, possam auxiliar nesse parâmetro. Aí, consegue-se melhorar um pouco mais a saúde. (*Médico do Trabalho*).

Com eles, conseguiria controlar um pouco mais a situação! Se eu detecto no diagnóstico que não é tanto o problema do agente de risco, é do meio ambiente, eu posso lançar mão desses dois profissionais, o Psicólogo e a Assistente Social, para me auxiliarem e tentar resolver a situação no que eles puderem. Pelo menos, dar condições para que a pessoa possa suportar aquele momento crítico da vida, aquela fase de transição. (*Médico do Trabalho*).

Se bem que eu não sei até que ponto a existência dela [a Assistente Social] resolveria a situação. Muita coisa sei que ela pode fazer, mas há outras que fugiriam de sua ação. (*Médico do Trabalho*).

Algumas considerações

Alguns teóricos têm associado a Saúde Ocupacional aos interesses do capital, entretanto, vejo que na empresa estudada, apesar de se utilizar como referencial de saúde do trabalhador essa corrente teórico-metodológica, não só são atendidas as necessidades do capital como também há uma significativa filosofia/política e estrutura de trabalho para o atendimento das necessidades dos trabalhadores (efetivos) e de seus familiares.

É certo que há a deficiência apontada pelo Médico do Trabalho na não contratação dos profissionais da Assistência Social e da Psicologia, contudo, ainda assim não deixo de considerar como relevante a amplitude e a qualidade da estrutura em saúde (salário, benefícios sociais e serviços de saúde) desta empresa.

Os problemas socioeconômicos vividos pelos trabalhadores nos remete a uma resposta mais ampla do que apenas a assistência social e psicológica. Tais questões dizem respeito à necessidade de lutas, não só dos trabalhadores, mas da população em geral, por melhores condições de trabalho, saúde e, enfim, de vida. Exige a mobilização para, no dizer de Agnes Heller, a satisfação dos carecimentos radicais da coletividade. Porém, como tão bem sabemos, isso não vem sendo algo tão simples na complexidade de nossa sociedade.

Por fim, retomando meu posicionamento sobre a questão da saúde do trabalhador (p. 55-57), estou de acordo com o Médico do Trabalho quando este cita as empresas como um *locus* importante para o desenvolvimento de ações (principalmente preventivas) voltadas para a saúde de seus trabalhadores.

Tem que se ter uma visão preventiva! E a empresa pode ser um local prá isso! Um local onde se encontra uma comunidade, em que você pode ter uma atuação diretamente sobre ela! A empresa é um grupo... se é um grupo formado prá gerar capital, prá ter lucro, isso mão me interessa! Eu vivo num país que é capitalista! Eu tenho é que fazer com que a empresa entenda que deve promover a saúde dos funcionários! Aí, você vai estar ajudando o trabalhador, a empresa, a sociedade, o país, todo mundo! Indiretamente vai estar fazendo isso! (*Médico do Trabalho*).

Acho muito importante que o governo pense nisso! Que as instituições, a própria empresa, dê valor prá isso! Para a Medicina Preventiva! Tem que tirar um pouco essa sobrecarga do governo, porque ele não agüenta dar conta disso sozinho! O governo não tem condições de com o SUS

administrar isso sozinho! Tem que se jogar essa responsabilidade na empresa! A empresa tem o interesse dela nisso. Que os trabalhadores estejam sadios! Não vejo nenhum entrave político nisso! Que a prevenção seja foco da Saúde Ocupacional! Não vejo! Vejo que a empresa pode assimilar isso muito bem. E o governo pode passar essa responsabilidade para a empresa! Quem vai ser beneficiado nisso é o trabalhador! (*Médico do Trabalho*).

3.3. Concepções de Educação e Educação em Saúde

Para a análise das concepções de Educação e Educação em Saúde utilizadas pela empresa, parto de referenciais teórico-metodológicos (p. 57-64) que preconizam as ações educacionais a partir de uma abordagem político-social.

Lembro que nessa perspectiva o processo educativo (construído coletivamente pela participação popular em seu planejamento, execução e avaliação) tem como objetivo a mobilização para a transformação social, no sentido de, através da luta pela superação das desigualdades sociais, promover a humanização das relações humanas e a satisfação das reais necessidades do homem.

Na empresa o que se observa é a adoção de uma concepção de educação fundamentada num ideal tecnoburocrático que se confronta com a abordagem político-social de educação.

O ensino supletivo e o “treinamento” técnico-operacional dado pela empresa têm como finalidade a formação de mão-de-obra especializada para o andamento (e melhoramento) do processo produtivo.

Ainda que os programas oferecidos pela empresa no campo da educação tragam benefícios aos trabalhadores (até no sentido de uma melhor “qualificação” para sua sobrevivência no mercado de trabalho), a promoção de tais programas tem como interesse não a satisfação das necessidades destes, mas o desenvolvimento de recursos (conhecimento humano) visando o acúmulo do capital.

Também relembro que nessa abordagem de educação tecnoburocrática o planejamento das atividades educativas não é realizado de forma participativa, democrática. Ao contrário, pauta-se na sua hierarquização (p. 61-62).

Fazendo uma avaliação dos programas educativos da empresa o Médico do Trabalho elogia o que tem sido oferecido em termos de educação básica aos trabalhadores, porém, crítica a maneira como estes têm sido preparados para lidar com as novas formas de organização do trabalho e da produção.

Aqui, o que existe é um trabalho de base com a formação supletiva, complementação escolar. Isso é muito importante porque sem isso não se consegue dar outro tipo de treinamento. Se não há uma base escolar, não há como treinar o funcionário para algo específico. O que ocorre aqui é bastante significativo, é algo contínuo. Acontece todo ano, tem uma adesão bastante grande. Isso realmente vem acontecendo.

Agora, quando esse funcionário vai estar preparado para as inovações do trabalho ? Tem que haver um tempo para que ele absorva o conhecimento básico, a educação básica! Depois, ele precisa de tempo para absorver o que é específico. Só que a empresa faz algo paralelo pelas próprias exigências de mercado. (*Médico do Trabalho*).

A globalização pegou o trabalhador de “calça curta”. Pegou um Brasil que não estava preparado para isso, com um índice educacional baixo! Quantos terminaram o ginásio ? Não é a nossa maioria! Se falar em colegial, piora a situação! E, depois, querer que eles entendam todos esses mecanismos de qualidade !? É complicado! (*Médico do Trabalho*).

Você chega com a Globalização e exige que o funcionário entenda vários programas de qualidade importantes. Não de qualidade de vida! Qualidade de produção! Aí, vem SIGMA, 5 “S”, TPM, e por aí vai! São programas da cultura japonesa que se procuram introduzir na cultura brasileira. É complicado!

Não que esses programas não sejam importantes! Mas eu acho que as pessoas têm que ter sensibilidade para implantá-los. Senão, você vai gerar um desequilíbrio na saúde. (*Médico do Trabalho*).

Em relação aos programas de Educação em Saúde, o Médico do Trabalho vê a necessidade de que os trabalhadores possuam uma educação básica para que esses programas sejam efetivos.

Antes de mais nada, eu acho importante você oferecer ao indivíduo uma educação básica. Isso vem acontecendo aqui! Supletivo, educação complementar! Uma vez que ele [o trabalhador] tem a educação básica, ele vai ter condições de assimilar outras coisas, as orientações [de saúde]. Então, você pode utilizar a orientação para grupos específicos, para que eles

assimilem as informações e possam mudar o comportamento. (*Médico do Trabalho*).

Programas de Educação em Saúde

O primeiro apontamento sobre os Programas de Educação em Saúde desenvolvidos pela empresa diz respeito à periodicidade de suas realizações.

O que se percebe é a pontualidade de tais atividades, geralmente realizadas na SIPAT ou à par das campanhas de combate à doenças promovidas pelo Ministério da Saúde.

Sobre Educação em Saúde, nós tocamos mais nisso durante a SIPAT. Não temos um programa fixo, efetivo, prá essa questão. Também temos campanhas isoladas, de dengue... Teve uma de AIDS, via Secretaria de Saúde do Estado. Entraram em contato, mandaram material, preservativo, cartazes... Mas não temos uma política fixa de Educação em Saúde, não. Cada trimestre nós temos uma campanha. Sobre meningite, dengue, leptospirose, AIDS, DST... (*Gerente de Recursos Humanos*).

Há as campanhas deflagradas pela Secretaria de Saúde. A empresa faz, sem problema algum! Dengue, cólera... Mas são pontuais! Como a da AIDS! (*Médico do Trabalho*).

Naquela semana, na SIPAT, você fala bastante, mas depois, fica por conta deles [dos trabalhadores] a prevenção. (*Médico do Trabalho*).

O Médico do Trabalho ainda fala de uma atividade específica para a proteção auricular:

O que nós temos na [empresa] é algo específico para proteção auricular. A pessoa quando é admitida recebe orientação para isso. Sobre o uso do protetor auricular, sobre os problemas da perda auditiva. É algo leve e bem rápido, mas, há! (*Médico do Trabalho*).

E de outra sobre prevenção da LER/DORT com a participação de algumas trabalhadoras em seu planejamento e execução:

... não são bem Programas de Educação! É uma orientação! (...) o pessoal da bobina, que tem movimentos repetitivos... Eles têm pausas, ginástica laboral. Orientamos como se faz a ginástica. Também explicamos que é um direito deles. É um direito e ao mesmo tempo um dever. Há uma equipe de Fisioterapeutas fazendo a orientação. (*Médico do Trabalho*).

Quando aconteceu o problema da LER no setor de bobina, foi algo participativo. Montamos um Comitê de Ergonomia pra avaliar o problema. Faziam parte desse Comitê funcionários do setor. Eles tinham representatividade, eram duas funcionárias mais antigas, as que poderiam nos mostrar melhor os problemas de movimentos repetitivos no setor porque conheciam muito bem o trabalho lá desenvolvido. E elas participaram ativamente! Elas foram instruídas sobre ginástica laboral, sobre pausas. Pra poderem repassar a orientação para outros funcionários. (*Médico do Trabalho*).

Também há as “orientações” em consultas com os especialistas do Ambulatório Médico quando há demanda dos trabalhadores:

Fora isso [o que já foi citado], os educadores são pontuais. Se a pessoa chega no consultório com uma queixa pontual, aí você faz uma orientação pontual para aquele indivíduo. (*Médico do Trabalho*).

Chama a atenção o fato de o Médico do Trabalho falar sempre em “orientação”. O motivo é por ele explicado:

Eu acho que educar é algo abrangente. “Educar” você prepara para tudo, para a vida! Inclusive para que ela tenha condições de absorver uma orientação. Educação é algo básico. Prepara para a cidadania! A orientação já é algo mais pontual. A educação é um processo contínuo! Na orientação, eu posso orientar em um determinado momento e, em outro, não! (*Médico do Trabalho*).

Explicando o porquê das atividades de Educação em Saúde tomarem a configuração de palestras (na SIPAT) e orientações em consultas, o Médico do Trabalho fala das limitações que lhe são colocadas impedindo que trabalhos mais abrangentes sejam realizados nesse campo:

Acredito que não é só esse modelo de comunicação que se tem que utilizar! Mas é o que pode ser feito por causa do tempo que a gente tem prá fazer a campanha. Também por causa da verba que a gente tem disponível prá isso! Você até pode usar a comunicação de outra forma, mas, aí, você teria que ter uma equipe treinada em mídia prá estar atuando e criando uma situação diferente de comunicação. (*Médico do Trabalho*).

Não tenho tido tempo para fazer intervenções coletivas. Também isso não é a prioridade da empresa. Não que eu não me disponibilize prá isso! E tem, ainda, a restrição de verbas. Então, esses programas acabam ficando sempre prá terceiro ou quarto plano. E a gente acaba não fazendo! (*Médico do Trabalho*).

Se pudesse, faria um trabalho preventivo para outras situações [além da LER/DORT e da AIDS]. Hipertensão, diabetes, stress! Mas, infelizmente, não é o foco da empresa!
E o seu dia-a-dia, o trabalho técnico, operacional, acaba absorvendo todo seu tempo. Acaba não deixando que a prevenção dessas doenças seja prioridade. (*Médico do Trabalho*).

Tais limitações também são patentes na dificuldade de se avaliar as atividades de Educação em Saúde:

Se eu faço uma campanha [de Educação em Saúde], eu até acredito que há as pessoas que vão absorver o que foi passado. Mas eu não sei qual a porcentagem! Eu não saberia dizer!

(...)

Faço a campanha, mas não tenho o retorno, o feedback. E sem feedback como posso avaliar o programa ? Se é ou não importante !?

(...)

Hoje, com os instrumentos que a gente tem, é difícil fazer a avaliação!

Há falta de tempo prá se conseguir os dados, essas coisas!

Vou ser sincero com você! A empresa não prioriza isso! Não prioriza que você faça um trabalho prá ter esses dados! E se você tiver esses dados, o que você faz!? Nada! Você fez o trabalho! A pessoa absorveu aquilo! Teve mudança de comportamento! E o que você faz prá dar continuidade prá

isso!? Que apoio você dá prá ele continuar com a mudança de comportamento, de estilo de vida!?

Então, você nem faz a avaliação! É melhor não saber os resultados se você não tem mecanismos prá continuar aquele trabalho!

É algo até medíocre dizer isso! Mas, no fundo, é o que acontece! Se você não sabe, não se compromete tanto! Não se sente frustrado por que não deu continuidade aquilo!

Daí, você faz sua parte, dá sua contribuição e reza para que as pessoas absorvam o que você passou e passem a se preocupar com aquilo.

Mas isso ocorre nas empresas em geral. Não digo que não há empresas que façam algo melhor. Mas, em geral, o que acontece é isso. (*Médico do Trabalho*).

Algumas considerações

Ao analisar a configuração das atividades de Educação em Saúde desenvolvidas na empresa, alguns de seus aspectos chamaram-me a atenção.

A primeira observação diz respeito à periodicidade pontual da realização das ações coletivas de prevenção de doenças e acidentes de trabalho, bem como à forma de comunicação unilinear que as caracterizam.

Na SIPAT, realizada uma vez ao ano, as atividades são efetuadas em forma de palestras (ainda que haja espaço para um diálogo entre educador e educandos, a comunicação é predominantemente unilinear) e as campanhas de prevenção contra doenças epidêmicas (realizadas à par das campanhas do Ministério da Saúde) são efetivadas através de cartazes e panfletos (também trazendo uma forma de comunicação meramente informativa, unilinear).

O que se percebe é a adoção de um modelo de educação tradicional, pragmático, marcado por uma didática expositiva de transmissão de conhecimentos (seja de maneira verbal ou visual).

Nessas atividades não há espaços para uma maior interação entre educador e educandos, o que impossibilita a construção dialógica e dialética do conhecimento.

Também não há uma forma de planejamento participativo. O planejamento das ações de Educação em Saúde é vertical (“de cima para baixo”), hierárquico.

Devido às exigências da produção não há tempo hábil para que os trabalhadores possam se ausentar de seu cotidiano de trabalho e participar do planejamento destas atividades. Isso fica a cargo dos cipeiros e do Médico do Trabalho.

Sob o ponto de vista helleriano não há espaços para que os trabalhadores possam produzir ações *homogêneas* (no caso, de planejamento) que tragam resultados de acordo com suas necessidades.

Vamos encontrar uma maior relação dialógica entre educadores e educandos no trabalho de prevenção da LER/DORT e nas orientações individuais realizadas pelos especialistas em saúde durante suas consultas.

A segunda observação é que alguns programas de Educação em Saúde, como a prevenção do stress, do diabetes e da hipertensão, não são realizados.

O Médico do Trabalho relata a intenção de poder oferecer esses programas aos trabalhadores, porém, estes não estão inseridos na política de saúde da empresa. E também menciona que seu cotidiano de trabalho o impede de dar uma maior atenção a estas atividades.

Aqui é de se questionar se pelo fato de as diretrizes de saúde serem “importadas”, ou seja, virem de forma hierarquizada e já estruturadas (como um “pacote”) da matriz da empresa nos Estados Unidos, isso não dificultaria a negociação entre os profissionais de saúde do Ambulatório Médico e a própria empresa (a filial) para a ampliação das atividades de Educação em Saúde.

Também chamo a atenção para a centralização da organização das práticas coletivas de Educação em Saúde (com exceção da prevenção da LER/DORT, também realizada por Fisioterapeutas e trabalhadores da produção) nas mãos do Médico do Trabalho.

Há que se questionar se haveria (ou não) a possibilidade de um trabalho interdisciplinar envolvendo, por exemplo, a equipe de Enfermagem, nos programas de prevenção de doenças como o stress, o diabetes e a hipertensão.

A terceira consideração se refere à questão da avaliação, ou melhor dizendo, ausência de avaliação dos programas de Educação em Saúde.

Se tomarmos as finalidades da avaliação como nos propõe Gandim (p. 63), com a falta desta, é impossível saber se os objetivos do processo educativo são atingidos, bem

como saber se há ou não a necessidade de reorganização do planejamento desses programas.

Por último, recordando a concepção de Educador em Saúde proposto por L'Abbate (p. 59-60), numa empresa vemos que a possibilidade de constituição desse educador é muito limitada. Dada a natureza própria de uma organização capitalista (cuja existência tem como meta o acúmulo de capital), a autonomia e o poder de transformação social (práxis) desse educador ficam comprometidos, suas decisões e ações são limitadas pelas diretrizes administrativas da empresa e as necessidades da produção.

3.4. Programa de atenção à AIDS: assistência e procedimentos gerais

Solano e Piovesan (1988) ao tratarem da institucionalização das políticas de atenção à AIDS nos locais de trabalho mencionam que estas devem abranger três aspectos: prevenção/educação, assistência e procedimentos gerais. Segundo os autores, um programa de atenção à AIDS só é realmente abrangente e efetivo quando contempla essas três dimensões.

Assim, não se pode querer analisar as atividades de Educação em Saúde do programa de prevenção da AIDS de uma empresa sem que os demais elementos que devem compor esse programa, a assistência e os procedimentos gerais, sejam considerados. É preciso ter uma visão integral do programa.

Desta forma, com base no que preconiza a CN-DST/AIDS (anexos 12 e 13), a seguir trago um mapeamento das ações de assistência e procedimentos gerais presentes no programa de atenção à AIDS da empresa estudada.

Exame anti-HIV e sigilo sobre a soropositividade do trabalhador

O Ambulatório Médico oferece ao trabalhador (efetivo) a testagem para a detecção do HIV, garantindo-lhe exclusividade quanto a confidencialidade do resultado do exame.

No caso de resultado positivo fica a critério do trabalhador informar ou não sua soropositividade ao Médico do Trabalho.

... o teste pode ser feito aqui. Vem lacrado na mão deles. Mostram para o Médico que quiserem. Se quiserem mostrar prá mim, mostram! Se não quiserem, não mostram! Se não quiserem mostrar prá ninguém, também não mostram! Ninguém fica sabendo! O teste vem lacrado!

Eles podem fazer o exame aqui. Fazem a coleta de sangue aqui. Toda terça e quinta, de manhã. O teste vem na mão deles provavelmente na outra semana. Se colher na terça, é provável que o resultado chegue na quinta. (*Médico do Trabalho*).

Caso o trabalhador opte por não realizar o teste no Ambulatório próprio da empresa, o mesmo pode ser efetuado pelo serviço público de saúde municipal através do CTA/COAS.

Ainda em relação ao sigilo sobre a soropositividade do trabalhador, essa informação fica restrita ao Médico do Trabalho.

Temos! Temos [trabalhadores soropositivos]! Mas essa informação fica no arquivo médico. (*Médico do Trabalho*).

Há alguns casos também conhecidos pela ARH, contudo, a confidencialidade é mantida e a informação não é “vazada” pela empresa.

Não são passadas informações sobre o diagnóstico de soropositividade de funcionários para a ARH! De alguns casos a ARH tem conhecimento porque se tratam de funcionários que vieram transferidos de outras unidades da empresa. Por conta disso, essas informações passaram pela ARH antes de chegar aqui. Mas não fazemos isso. Os soropositivos diagnosticados aqui, que mostraram o resultado de soropositividade para mim, aqui, têm o sigilo sobre isso garantido. A informação não sai daqui. A ARH não fica sabendo. (*Médico do Trabalho*).

É importante dizer que a realização da testagem anti-HIV não é obrigatória, não sendo exigida nos exames médicos admissionais ou periódicos.

Tratamento e assistência social

Para o trabalhador HIV soropositivo o tratamento específico para a AIDS (acompanhamento médico-psicológico e a distribuição do “coquetel anti-AIDS”) é feito gratuitamente pelo serviço municipal de saúde (CTA/COAS), entretanto, a empresa disponibiliza os serviços do Convênio Médico-Hospitalar para o tratamento das doenças oportunistas⁶⁶.

O tratamento é feito pelo COAS, mas tenho anotado na ficha dele [do trabalhador] que ele é portador do vírus [HIV]. Se ele tem algum problema de saúde, eu tenho que saber disso para saber qual procedimento terapêutico devo ou não adotar. (*Médico do Trabalho*).

O tratamento é pelo SUS. O coquetel anti-vírus é fornecido pelo SUS. Se [o trabalhador] precisar de outro tratamento, desde que esteja disponível no plano de saúde, ele pode usar. Principalmente nos casos de diagnóstico e profilaxia. No tratamento de doenças secundárias! A não ser Medicina Alternativa. Isso o plano não contempla! Fora isso, ele pode usar o que quiser do plano de saúde. (*Médico do Trabalho*).

Sobre a assistência social a esse trabalhador, embora a empresa não mantenha uma política específica para essa atividade, o Gerente da ARH explica que ela não se isenta de sua responsabilidade social frente a uma situação dessa natureza:

Nós não temos um programa voltado prá isso. Sinceramente, acho que não saberíamos como lidar com isso. Devemos estar dando todo apoio à pessoa, ajudando-a a adquirir remédios para o tratamento. Daremos apoio quanto à aquisição de medicamentos, apoio familiar. Mas que temos um programa específico prá isso, não! Nunca tivemos um caso assim! Então, eu acho que é por isso que também ainda não sabemos o que montar, o que fazer! Sabemos que devemos ajudar, temos a obrigação até de ajudar e não vamos fugir desse papel! Mas, que temos uma política para isso, se tivermos um caso vamos fazer “assim ou assado”, não! Não temos uma política, não! (*Gerente de Recursos Humanos*).

66. É importante salientar que esse Convênio não realiza o tratamento específico para a AIDS, denotando uma expressiva falha nos serviços de assistência à AIDS oferecidos pela empresa.

Garantia do exercício das atividades laborais e respeito ao período de afastamento para tratamento

A empresa garante aos trabalhadores HIV soropositivos o emprego e o pleno exercício de suas atividades laborais habituais. No caso destas atividades representarem risco à saúde/vida do trabalhador ou este apresentar alguma incapacitação decorrente da doença para exercê-las, ele é remanejado para outro cargo e local de trabalho ou ainda tem reduzido suas atividades.

Também é respeitado o período de afastamento para seu tratamento, recebendo os proventos salariais e do seguro social (auxílio doença) a que tem direito e sem prejuízo do acesso aos benefícios sociais oferecidos pela empresa.

O funcionário [HIV soropositivo] tem estabilidade no emprego e não pode ser demitido em função disso [de sua soropositividade]. Se alguém é demitido não é devido à AIDS. O chefe não sabe que ele é soropositivo. Se o demite é por outro motivo de trabalho. (*Médico do Trabalho*).

Até hoje não houve essa necessidade de readaptação [do trabalhador HIV soropositivo] ao trabalho por conta de incapacitação. Já houve caso de afastamento prolongado. Mas desde que volte com saúde, volta para a mesma função. Se for necessário, pode haver restrição de trabalho por incapacitação. Se ele tiver alta mas traz um pedido médico específico de que não pode fazer isso ou aquilo, a gente limita seu trabalho. Aí, é feita uma adequação. Mas até agora isso nunca foi necessário. A pessoa trabalha normalmente, faz aquilo que sempre fez. (*Médico do Trabalho*).

Preconceito

Para o combate a possíveis reações preconceituosas em relação aos trabalhadores HIV soropositivos pelos próprios colegas de trabalho, a empresa atua de duas formas: pela orientação coletiva em palestra durante a SIPAT, procurando sensibilizar os trabalhadores contra o preconceito, e pelos serviços de *ombudsman* existentes na empresa.

Sobre preconceito, falar sobre o que iria acontecer é difícil porque não está sob o controle nosso, da empresa! Pode ser que os colegas façam isso. Mas,

sobre a empresa, adianto que nós temos uma política de ética forte, “Integridade [empresa]”, e não é admitida, em hipótese alguma, a discriminação por doença, raça, religião, sexo. Não podemos, de forma alguma, deixar isso acontecer. Temos um *ombudsman* local, um *ombudsman* [empresa], um *ombudsman* norte-americano. Há acesso por telefone, pela internet! Qualquer pessoa pode fazer denúncia. Ele mesmo sendo prejudicado ou um outro que está vendo um fato! E a [empresa] é muito rigorosa em relação a isso. Muitas pessoas já foram mandadas embora por não seguirem nosso código de ética. (*Gerente de Recursos Humanos*).

Biossegurança

Para os profissionais do Ambulatório Médico sujeitos ao risco ocupacional da AIDS há normas e procedimentos de biossegurança a serem seguidos para não se infectarem com o HIV.

Em termos de prevenção, no Ambulatório há todo um programa de biossegurança pra não haver contaminação dos profissionais que nele trabalham. Tanto pelo vírus da AIDS como da hepatite. (*Médico do Trabalho*).

Há orientação para a prevenção ao profissional de saúde! Qualquer pessoa que entre aqui, que procure nossos serviços, até que prove o contrário é suspeita de estar contaminada. Então, há um plano de procedimentos de trabalho para Médicos e o pessoal da Enfermagem. A orientação é seguida. (*Médico do Trabalho*).

Integração com outras organizações

Solano e Piovesan (1988) falam da importância do intercâmbio entre as empresas e outras organizações para o combate da AIDS. Dentro dessa perspectiva procurei explorar a integração da empresa pesquisada com outras organizações, mais especificamente o governo, ONGs, universidades e o sindicato de trabalhadores da categoria.

Em relação ao governo, na esfera municipal, como já dito anteriormente, o serviço público de saúde, através do CTA/COAS, oferece à população (incluindo os trabalhadores)

os serviços de testagem anti-HIV, de distribuição de medicamentos e de acompanhamento/tratamento médico-psicológico gratuitos.

A empresa vem se valendo desses dois serviços, principalmente do segundo.

Acerca da programação de prevenção da AIDS desta empresa o CTA/COAS distribuiu a seus trabalhadores preservativos masculinos no período do Carnaval e panfletos informativos (anexo 11) durante a realização da SIPAT.

Também foram afixados em murais de alguns pontos da empresa cartazes sobre prevenção (anexo 10) fornecidos pelo Centro de Saúde local.

Na esfera federal chama a atenção o fato de não haver alguma forma de integração entre a empresa e a CN-DST/AIDS.

Embora a CN-DST/AIDS mantenha um cadastro de empresas para o apoio e monitoramento dos programas de atenção à AIDS em locais de trabalho (nota 8, p. 12), a empresa estudada em momento algum foi chamada por este órgão do Ministério da Saúde para se inscrever em seu cadastro.

Isso é afirmado pelo Médico do Trabalho:

Eu nunca recebi proposta de cadastramento da CN-DST/AIDS. Não sei se a ARH recebeu! Você pode perguntar isso para o Gerente de Recursos Humanos. Mas eu não recebi! (*Médico do Trabalho*).

E confirmado pelo Gerente da ARH:

Nunca fomos procurados para nos cadastrar nesse programa do governo [da CN-DST/AIDS]. (*Gerente de Recursos Humanos*).

Essa falta de integração/comunicação por parte da CN-DST/AIDS é muito significativa uma vez que a empresa em questão é uma metalúrgica de grande porte que tem como principal acionista uma multinacional norte-americana reconhecida internacionalmente. Sua marca é bem conhecida no mercado nacional.

Além do mais, a empresa está instalada num município (Campinas, SP) que encabeça uma região (metropolitana) de grande expressão no cenário econômico do Estado e mesmo do país.

Portanto, é de se estranhar que uma empresa com essa expressividade não venha sendo alvo de atenção da CN-DST/AIDS.

Sobre o intercâmbio com ONGs, em campanhas anteriores à de 2001 a empresa convidou profissionais do Centro Corsini, uma entidade do município de Campinas que presta serviços de prevenção, tratamento e assistência à AIDS, para ministrarem uma palestra de prevenção da doença durante a SIPAT.

Hoje essa palestra é feita pelo próprio Médico do Trabalho da empresa.

O Corsini quando foi chamado para fazer palestra sempre esteve disponível. Eles não cobram, mas pedem uma contribuição. A empresa contribuía! (*Médico do Trabalho*).

Na relação com universidades, excetuando-se esta pesquisa, não foi descrita nenhuma outra atividade que aproximasse a empresa e as universidades no combate da AIDS.

A questão da integração com o sindicato de trabalhadores da categoria é algo cuja explanação tomará um maior tempo. Isso porque essa integração é seriamente comprometida pelo sentimento de desconfiança mútua (proveniente do embate “capital-trabalho”) que historicamente há entre essas organizações.

Uma condição colocada pela empresa para a realização desta pesquisa é que nem o representante sindical na empresa e nem algum outro trabalhador afora o Gerente da ARH e os profissionais responsáveis pelo planejamento e execução do programa de prevenção da AIDS seriam por mim entrevistados.

Esse motivo esteve ligado ao fato de a empresa desconfiar que o sindicato pudesse “manipular / distorcer” os objetivos da pesquisa no sentido de vir a prejudicar tanto a empresa como a própria pesquisa.

Aqui, nós temos um problema! É que as pessoas, não sei o porquê, invertem muito as intenções! Parece que tem algumas pessoas, que coordenam a massa, eu não sei quem são, que tudo o que você implanta ou tenta fazer, sempre olham com algum enfoque malicioso! Se eu tento abordar um assunto desses, pesquisa de AIDS, que é um estudo que vai ajudar os trabalhadores, eles vão olhar com outros olhos, vão olhar como sendo algo mal! “Não! Tá vendo, a empresa vai querer mandar embora quem ela pegar com AIDS! Então, não respondam a pesquisa!” Sindicato vem e pronto! Eles sempre olham com esse aspecto negativo a empresa! Ah! Vão tentar fazer

boicote! Vão falar que o assunto é outro! Vai tornar o clima pesado prá mim, prá empresa! Por mais que você tenha uma boa vontade... Você!... Em querer vir fazer um trabalho bem intencionado sobre AIDS, eles vão interpretar de uma outra forma! (*Gerente de Recursos Humanos*).

Sinceramente, nós temos muito medo de que eles [os trabalhadores] não entendam o enfoque da pesquisa... “tá na cara”, o sindicato já ia falar que nós queríamos tentar identificar os casos de contaminação e mandar embora antes que a doença se agravasse, prá não ter gasto! Aposto que iam falar isso da gente! Iam colocar no jornal que a empresa está fazendo um levantamento discriminatório para identificar as possíveis pessoas que estão com AIDS, que o levantamento não é certo, que vai querer mandar embora os “companheiros” e assim por diante! (*Gerente de Recursos Humanos*).

É aquele negócio, eles podem mudar o sentido e, nós, temos medo! Agora, veja bem, nós estamos abertos a você! Falei coisas... Você gravou as informações e tudo mais! Eu estou confiando em você, mas não sei se eles teriam a mesma confiança! Eu acho que não! (*Gerente de Recursos Humanos*).

O sindicato não traz nenhuma proposta em relação à AIDS, mas fariam várias críticas se nós fizéssemos alguma pesquisa sobre isso! (*Gerente de Recursos Humanos*).

O Médico do Trabalho dá sua versão sobre essa desconfiança:

A empresa tem o receio de que o sindicato possa desentender os dados! Contorcê-los! Há uma resistência quanto a isso por conta daquele relacionamento não amistoso entre empresa e sindicato. É um relacionamento de culpabilidade. Sempre alguém tem culpa! Não é algo conjunto, buscando melhorias, parcerias, não há isso! Quem sai perdendo é o trabalhador! Não se pode desenvolver ações coletivas voltadas para o trabalhador! (*Médico do Trabalho*).

Sobre a saúde do trabalhador, alguns profissionais de saúde da empresa têm identificado uma maior atenção sindical na prevenção da LER/DORT, de acidentes de trabalho e outros riscos ocupacionais ambientais. A prevenção da AIDS não vem sendo objeto de grande preocupação do sindicato.

O sindicato tem se preocupado com doença ocupacional e acidente de trabalho. Nessa parte da AIDS não tenho visto preocupação. Nunca tocaram no assunto. (*Representante do empregador na CIPA*).

A preocupação do sindicato é com a LER. Distribuem panfletos sobre isso. Sobre a AIDS, já trouxeram panfletos, mas não é algo contínuo. Isso já faz tempo! Mas, hoje, não traz! (*Representante dos empregados na CIPA*).

O sindicato não tem atuado na prevenção da AIDS. (...) Nunca os vi falarem disso [da AIDS]! Acho que eles nunca falaram! Pelo menos, prá mim, não! Essa palavra AIDS! Não! Prevenção contra AIDS! Nunca! São muito mais atuantes na preocupação com segurança e DORT. (*Médico do Trabalho*).

Há uma queixa do Médico do Trabalho sobre a ausência do sindicato na promoção de programas de Educação em Saúde nas empresas:

Os sindicatos exigem determinadas atitudes da empresa, mas nunca a procura para fazer trabalhos educativos em saúde. Eles exigem que tratemos daquelas “ondas” [de riscos ocupacionais] (o problema químico, de ruído, de LER), fazem pressão prá isso! Mas não que eles se preocupem com a Educação em Saúde! (*Médico do Trabalho*).

Eu vejo que o sindicato acabou atuando em termos de situação de queixa, das “ondas” [de riscos ocupacionais]. Foram situações meio que epidêmicas que aconteceram nas empresas. O produto químico, o ruído, a LER. Aí, o sindicato quis medir, quis quantificar o problema, saber o número de casos. Mas eu não vejo, não detecto, uma atuação preventiva do sindicato. Acusam determinada coisa, questionam outra, mas, prevenção, não! Não vêm fazer uma palestra com a gente! Não se prontificam a isso! Não vêm desenvolver essa campanha conjunta! Nunca fui procurado prá algo assim! (*Médico do Trabalho*).

O que eu vejo é que se o sindicato estiver mais próximo da empresa e atuar mais na prevenção dos problemas do que na sua acusação, vai estar fazendo muito mais pelo trabalhador. Não adianta só ficar vendo o que aconteceu, que conduta foi tomada! Ficar procurando se houve algo de errado prá poder acusar! Tem que atuar na prevenção! (*Médico do Trabalho*).

O Médico do Trabalho ainda reclama da falta de integração entre a empresa e o sindicato:

Na minha opinião, o sindicato deveria ser mais próximo, trabalhar mais em conjunto, ter uma aproximação constante. (*Médico do Trabalho*).

Às vezes, o sindicato é radical e a empresa, por sua vez, não quer ouvir o que o sindicato tem a dizer. E o Médico do Trabalho fica no meio disso! Você procura fazer seu trabalho técnico, não tem nada a ver com a política da empresa, nem com o radicalismo do sindicato. E quem é o prejudicado nisso!? O trabalhador! Porque você acaba não fazendo o que é prá ser feito! Digo isso de forma geral! (*Médico do Trabalho*).

Por fim, atribui as causas dessa não integração à rivalidade historicamente existente entre empresas e sindicatos e ao despreparo na formação de Médicos do Trabalho e de sindicalistas para lidarem com essa questão.

De forma geral, as empresas não estão preparadas prá isso [para a integração com o sindicato]. Não sei quem errou primeiro! Quem veio primeiro, o ovo ou a galinha!? Se o sindicato não soube abordar essa situação e a empresa se fechou! Ou, se foi o contrário! Não sei te responder isso! Mas, hoje, a realidade é essa! Os sindicalistas na maioria das vezes são agressivos! Não vem prá conversar! E as empresas se fecham! Aí, não há integração! (*Médico do Trabalho*).

Isso [a integração entre empresas e sindicatos] não faz parte da formação nem da maioria dos Médicos do Trabalho e nem dos sindicalistas. Não são formados para que haja essa integração. Não são treinados prá isso. Cria-se os limites e a integração não acontece! (*Médico do Trabalho*).

Em consideração a essas críticas, a entrevista com um dos diretores do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Campinas traz alguns esclarecimentos sobre a posição deste sindicato acerca da questão da saúde do trabalhador.

No discurso do representante sindical, a luta da entidade por melhores condições de vida e de trabalho expressa uma concepção de saúde similar à que preconiza a VIII CNS.

Também traz uma concepção de governo pautada no modelo do Estado do Bem-Estar Social em detrimento do Estado Neoliberal.

O sindicato é uma entidade que tem como prioridade não só as questões salariais. Também luta pelo bem-estar do trabalhador, pelo melhoramento das condições de vida e de trabalho dos trabalhadores da categoria. Falo de questões econômicas, sociais e, inclusive, das questões de saúde.

O sindicato também tem como prioridade lutar por um bom ambiente de trabalho, onde o trabalhador possa ficar livre de acidentes, evitar os riscos de adquirir qualquer tipo de doença, seja ela normal ou ocupacional.

Achamos que a luta não deve ser só no âmbito das fábricas. É também uma luta pela cidadania. Para ter escola, saúde pública, posto de saúde, hospital... É uma luta global! Brigamos com o governo, pois é papel do governo garantir a saúde da população. Então, o sindicato trabalha no sentido de organizar os trabalhadores a conquistarem esses benefícios. (*Representante sindical*).

O sindicato realmente prioriza as atividades ligadas à acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, reservando um papel secundário à prevenção da AIDS.

Na área da saúde do trabalhador nós damos uma maior atenção e temos uma maior estruturação para as questões de acidentes de trabalho e outros tipos de doenças ocupacionais, ou seja, doenças causadas pelo trabalho. Então, atuamos mais nessas áreas, embora temos orientado os trabalhadores para a prevenção da AIDS e para respeitar as pessoas que estão doentes. (*Representante sindical*).

O sindicato tem algumas vezes tratado do assunto [da AIDS], mas não se tornou uma prioridade. (*Representante sindical*).

Essa menor preocupação com a AIDS é explicada por dois motivos.

Primeiro, as empresas não têm negado a permanência do trabalhador soropositivo no emprego. Desde o início da pandemia, há duas décadas, o representante sindical (como veremos adiante) relata apenas a existência de um caso de luta pela reintegração do trabalhador ao local de trabalho. Em sua fala também é explicitado o porquê de uma maior preocupação com a LER/DORT:

Eu penso que hoje, até pelo nível de debate que tem havido na sociedade em geral, tem aumentado um pouco nas pessoas o nível de conscientização sobre a AIDS. Assim, se tiver um caso desses numa empresa, é possível que a empresa tente cuidar.

(...)

... eu acredito que onde acontecer um caso desses, a empresa vai tratar de forma solidária.

(...)

... mas não é o que acontece em relação a outros tipos de doenças. Nos outros tipos de doenças as empresas têm tentado demitir o funcionário.

A LER, por exemplo! Hoje, a tentativa do patronato é de não renovar a cláusula da Convenção Coletiva que garante a estabilidade a acidentados e portadores de doenças ocupacionais.

Não é o que acontece em relação à AIDS. O trabalhador com AIDS não seria tratado dessa forma. *(Representante sindical)*.

Segundo, os trabalhadores não têm se manifestado em prol de ações direcionadas à AIDS. Suas preocupações estão mais voltadas para o risco de se adquirir a LER/DORT, algo muito significativo uma vez que, como vimos anteriormente, isso pode representar a demissão do emprego.

[A AIDS] Não é algo que a categoria manifeste prioridade. Talvez por uma questão cultural. Os trabalhadores não têm demonstrado preocupação sobre isso. As preocupações são outras. A LER, por exemplo, é uma preocupação imensa. Então, o pessoal se preocupa com isso. Há uma grande preocupação com isso. Mas, com a AIDS, não! *(Representante sindical)*.

Apesar de não tomar o combate à AIDS como uma de suas prioridades, o sindicato reivindicou em suas negociações com as empresas (Convenção Coletiva dos Trabalhadores) garantias de condições de assistência aos trabalhadores soropositivos, contudo essas reivindicações não foram atendidas.

Temos priorizado algumas doenças, outras, nem tanto!

A questão da AIDS, por exemplo, não é algo muito trabalhado pelo sindicato. Houve um período em que tentamos colocar em nossa pauta de reivindicação que fosse garantido alguns benefícios ao doente. Mas não conseguimos que isso fosse transformado em direito, em lei, na Convenção Coletiva, que é um manual que regula e que garante direitos aos trabalhadores além dos da CLT e da Constituição.

Participam o sindicato e os patrões, as empresas. O sindicato dos trabalhadores e o sindicato das empresas. Não há a participação do governo. *(Representante sindical)*.

Sobre a recusa das empresas em permitir a esse trabalhador a sua permanência no local de trabalho, é relatada apenas a existência de um caso, de um motorista, que pela intervenção sindical foi reintegrado às suas atividades laborais.

Sobre a AIDS, uma vez tivemos uma luta no sentido de reintegrar ao trabalho um trabalhador [um motorista] que estava doente por causa da AIDS. Mas foi uma luta vitoriosa. (*Representante sindical*).

Ainda houve uma intervenção numa situação de preconceito de colegas de trabalho a uma trabalhadora (uma secretária) soropositiva.

Nesse caso, o sindicato foi chamado pela empresa a realizar um trabalho de conscientização a todos os seus trabalhadores sobre o não risco de contaminação.

Em Indaiatuba houve um caso de contágio de uma garota e os colegas de trabalho ficaram assustados. Houve discriminação. Eles tinham medo de se contaminar.

(...)

Tivemos reunião com a empresa e fizemos um trabalho de conscientização na porta da fábrica com os trabalhadores.

Ela continua trabalhando lá há uns quatro anos e todos a respeitam, tratam bem. A empresa a colocou numa atividade em que não corra risco de se machucar, de se cortar. Foi readaptada ao trabalho.

Então, se surge um problema assim, tentamos resolvê-lo. (*Representante sindical*).

A empresa estava temendo a reação dos trabalhadores, por isso nós fomos lá para ajudar a conscientizar os trabalhadores que não havia problema algum de contaminação. Os trabalhadores estavam assustados!

Mas fomos lá e o problema foi resolvido. A relação dela com a empresa e os trabalhadores melhorou.

Por mais que o governo faça as campanhas, ainda assim, as pessoas acham que, por exemplo, só de conversar já se pega AIDS.

É sobre isso que esclarecemos. Que no trabalho não se pega AIDS. Por outros meios, mas não assim. (*Representante sindical*).

Esse trabalho do sindicato [de intervenções contra o preconceito] não é permanente, não é contínuo. Se surge algum caso, nós fazemos algum tipo de intervenção para que o trabalhador continue no seu emprego e seja tratado sem discriminação, com dignidade. (*Representante sindical*).

Embora o sindicato não tenha uma política efetiva de atenção à AIDS, não se exime de dar apoio ao trabalhador em casos como os relatados.

A AIDS é uma epidemia grave, todo mundo sabe. E embora as estatísticas digam que está diminuindo o número de pessoas que morrem por causa dela, ainda é uma doença perigosa e o sindicato não poderia deixar de proteger o trabalhador em casos como esses.

Mas, não é uma questão em que o sindicato trabalhe com todo seu potencial. (*Representante sindical*).

É também de ciência do sindicato que nas empresas a prevenção da AIDS é tratada de forma pontual durante a SIPAT.

Sobre a prevenção da AIDS, geralmente a CIPA inclui a campanha na SIPAT, que é um evento que aborda vários temas. Mas não é algo freqüente, cotidiano. (*Representante sindical*).

A respeito do intercâmbio do sindicato com outras organizações (governo, empresas, ONGs, universidades e outros sindicatos) mais uma vez notamos a ausência de integração entre elas na luta contra a AIDS.

A distância e a desconfiança mútua que há entre empresas e sindicatos prejudicando o desenvolvimento de ações integradas de atenção à AIDS não é motivo de surpresa. A própria CN-DST/AIDS menciona que a maior barreira encontrada para a realização de atividades voltadas à AIDS nos locais de trabalho tem sido superar a resistência histórica existente entre empresários e (representantes dos) trabalhadores⁶⁷.

Também novamente chama a atenção o fato de a CN-DST/AIDS não envolver uma importante entidade em seu programa sendo que o estabelecimento de parcerias com as centrais sindicais e os sindicatos é colocado como uma de suas prioridades (p. 13).

67. Para a realização desta pesquisa, se por um lado a empresa exigiu que apenas fossem entrevistados o Gerente da ARH e os responsáveis por seu programa de atenção à AIDS com o receio de se criar atritos com o sindicato, por outro, tive dificuldades em obter a entrevista com o representante sindical uma vez que este desconfiou que eu fosse um membro da polícia, provavelmente com a finalidade de sondar as atividades do sindicato, escondendo as reais intenções. Entretanto, fiz minha identificação e apresentei documentos provando a autenticidade do estudo, assim, a entrevista foi concedida.

É até compreensível a atitude do representante sindical se considerarmos o passado de repressão do exército e da polícia sobre membros sindicais.

Foi possível verificar que tanto a postura da empresa com a do sindicato revelam a dificuldade de integração entre as organizações ligadas ao mundo do trabalho que podem dificultar o desenvolvimento de programas de saúde do trabalhador, bem como a produção de pesquisas como esta.

O governo aparece através do rádio e da TV. Mas não tem chamado o sindicato para participar de atividades de prevenção da AIDS. E esse sindicato, em se tratando da categoria e da região, Campinas e outras grandes cidades, é bem representativo. Mas nunca foi procurado pelo governo para isso. (*Representante sindical*).

Se há esse tipo de trabalho [de atenção à AIDS nos locais de trabalho da CN-DST/AIDS], deve estar somente no papel. Porque nunca procuraram a gente. (*Representante sindical*).

[A AIDS] É uma área em que ninguém nos procura. Nem trabalhadores, nem empresas, nem governo, nem ONGs. (*Representante sindical*).

Por fim, o representante sindical expõe as dificuldades pelas quais a entidade tem passado, a partir da década de 90, no enfrentamento das políticas governamentais econômicas e trabalhistas para garantir os direitos conquistados nas décadas anteriores pelos trabalhadores.

Explica que isso tem contribuído para que a questão da AIDS não seja uma de suas prioridades. Ainda responsabiliza o Estado pelo trabalho de combate à doença.

A partir da década de 90 o sindicato começou a ser colocado na parede, a ficar num sufoco, e aí ele só tem tido tempo para assegurar o direito dos trabalhadores.

(...)

Então, nesses últimos anos o movimento sindical tem tido que “rebolar” para garantir os direitos dos trabalhadores e lutar para que as perdas trabalhistas sejam mínimas com os planos econômicos, redução salarial, desemprego crescente, flexibilização de direitos... Isso tudo contribui para que algumas questões [como a da AIDS] não sejam tão bem tratadas.

Esse sindicato tem a opinião de que se deve trabalhar a prevenção da AIDS, mas o responsável por essa questão é o Estado. Isso não é responsabilidade do sindicato. A educação e a saúde é papel do Estado.

O sindicato pode e deve ajudar o trabalhador nessa questão, deve conscientizar o trabalhador, mas não é papel do sindicato resolver esse problema. (*Representante sindical*).

É compreensível esta ênfase do sindicato na sua luta pela garantia de melhores condições salariais e pela manutenção dos direitos trabalhistas já adquiridos pela categoria.

Num contexto em que o governo, caracterizado pela adoção de uma ideologia neoliberal (Estado Mínimo), retira-se progressivamente da esfera da efetivação de políticas

sociais para o bem-estar da população e ainda procura restringir / anular leis historicamente conquistadas pelos trabalhadores (fazendo aumentar ainda mais o fosso existente na contradição capital-trabalho, riqueza-miséria), esta luta é fundamental.

3.5. Atividades de prevenção da AIDS

Antes de abordar a descrição e análise das atividades de prevenção da AIDS desenvolvidas pela empresa, trago três observações iniciais.

Primeira, lembro que estarei tomando a prevenção da AIDS não do ponto de vista da doença como um risco ocupacional, específica a alguns profissionais de saúde. Isso diz respeito aos aspectos de biossegurança anteriormente considerados.

Falo da prevenção da AIDS estendida aos trabalhadores de todas as ocupações devido esta doença representar um perigo a qualquer um deles, independentemente de ser ou não um risco ocupacional.

Segunda, essas ações de prevenção devem ser contempladas na sua inter-relação com as ações de assistência e procedimentos gerais já descritas.

Terceira, pelo fato de a AIDS ser uma doença complexa, sendo objeto de estudo não só da Medicina, mas também de vários outros campos do conhecimento, abordar as interfaces presentes na sua prevenção constitui-se um verdadeiro desafio. E isso se torna ainda mais difícil quando estamos tratando da descrição e análise das atividades de prevenção praticadas em um local de trabalho, ou seja, quando esta prevenção se dá num *locus* não específico para essa natureza de atividade.

Por isso, confesso que tive dificuldades para sistematizar a exposição dos elementos que compõem esse tópico. E dada à complexidade e extensão do tema, não tive a intenção de esgotar sua abordagem. Acredito que alguns aspectos tenham me escapado à descrição e análise.

Atividades de prevenção da AIDS: configuração

De início, apresento um mapeamento das ações de prevenção realizadas na empresa no ano de 2001.

Acerca das intervenções coletivas, identifiquei as seguintes ações:

- Na SIPAT, realizada a todos os trabalhadores (no mês de Maio), houve os seguintes momentos:

- uma palestra ministrada pelo Médico do Trabalho (Anexo 9.2); e
- distribuição de panfletos pelo CTA/COAS (Anexo 11).

- Afixação de cartazes produzidos pelo Ministério da Saúde (Anexo 10) em murais distribuídos em alguns locais da empresa.

- Nos DSSs (Diálogo Semanal de Segurança - p. 96), eventualmente foi tomada como questão de debate a AIDS. Porém, essa abordagem costuma ser bem limitada.

- No Carnaval houve a distribuição de preservativos masculinos pelo CTA/COAS como parte de uma campanha do Ministério da Saúde.

Na intervenção individual, o trabalhador tem acesso à consulta com o Médico do Trabalho para orientação acerca de dúvidas sobre a doença e encaminhamento para testagem e tratamento, quando necessário.

Como podemos perceber, a SIPAT é a única ocasião em que há um espaço específico para uma intervenção coletiva (ainda que apenas por palestra, panfletos e cartazes) para a prevenção da AIDS.

Isso traz algumas questões:

- Por que esta empresa realiza essas atividades ?
- Por que isso é feito pontualmente durante a SIPAT ?
- Por que isso é realizado somente na forma de palestras, distribuição de panfletos e afixação de cartazes, privilegiando a utilização de um modo de comunicação marcadamente unilinear ?

As respostas a estas questões já estão praticamente colocadas na *Introdução* deste trabalho (p. 17-20) quando falo da existência de uma legislação que se por um lado obriga a realização de campanhas de prevenção da AIDS nos locais de trabalho (a CIPAS), por outro, permite que para essa finalidade um mínimo de atividades possam ser feitas,

justamente a efetivação de palestra, distribuição de panfletos e afixação de cartazes durante a SIPAT, favorecendo o uso de uma forma de comunicação predominantemente unilinear. Também menciono que esse modelo de prevenção é alvo de crítica da CN-DST/AIDS (p. 21-23; 66-70).

Na fala de alguns responsáveis pelo planejamento e execução do programa de prevenção da AIDS desta empresa, embora haja a consciência de que os trabalhadores devam receber informações sobre a questão, há uma evidente preocupação em se estar cumprindo ao menos o mínimo do que é exigido por lei.

Em relação à AIDS, há a prevenção anual, na SIPAT. Há uma palestra de conscientização. Dura uma hora.

(...)

Há a prevenção primeiramente porque é obrigatório pela NR-5. Tem que ser dada uma palestra sobre AIDS. E, depois, porque é um assunto de interesse geral. (*Representante do empregador na CIPA*).

Em toda SIPAT são feitas várias palestras... Tabagismo, drogas, AIDS... Além de ser um problema que a gente vive, a NR-5 diz que na CIPA tem que se trabalhar a prevenção da AIDS. Então, por estar na norma e ser um tema que a gente vive, é realizada a palestra. (*Representante dos empregados na CIPA*).

Normalmente sobre AIDS oferecemos uma palestra pelo menos uma vez ao ano. É até obrigatório por lei. (*Médico do Trabalho*).

A empresa procura sempre que possível, pelo menos uma vez por ano, incluir uma palestra sobre AIDS nas suas atividades. Acontece na SIPAT, até pela facilidade de liberação dos funcionários. Até por força de lei. Mas a gente procura fazer uma palestra com qualidade! Uma palestra que realmente acrescente algo ao funcionário. Não fazemos a palestra só por fazer, para cumprir a lei! (*Médico do Trabalho*).

No discurso do Gerente da ARH pode-se notar que as empresas vêem a prevenção da AIDS como algo de responsabilidade do governo (lembrando uma das falas do representante sindical).

Sua fala ainda mostra que as necessidades da produção são uma barreira para a utilização de métodos educacionais mais abrangentes nessas ações.

Nas empresas, isso [a prevenção da AIDS] é trabalhado de forma anual, na SIPAT. SIPAT, mesmo! Eu não vejo nenhuma empresa dizer “Nós estamos fazendo uma campanha sobre AIDS sem um vínculo legal.” Eu digo assim: elas vão dizer “Eu vou fazer uma campanha sobre AIDS [além do que obriga a lei]”? Não! Eu vejo mais [campanhas de prevenção] sobre dengue, acidentes externos, vacinação contra a gripe. Outras coisas mais! Mas sobre AIDS, eu não ando vendo, não! Acho que sobre esse assunto as empresas acham que já foi totalmente divulgado [os meios de prevenção], que todo mundo sabe [como se prevenir da doença], ninguém tem preconceito [em relação aos contaminados pelo HIV]. Acham que todo mundo sabe o que tem que saber! Já sabem como é, sabem como evitar e pronto! Acho que as empresas também não se preocupam muito porque o Governo ainda está fazendo campanhas [de prevenção]. Então, já acham que as pessoas já estão sendo atingidas e... Obrigado... Vamos fazer motor [produzir]!

(...)

Cada um faz aquilo que deve! O nosso trabalho não é só fazer campanha contra a AIDS. Temos que olhar outros aspectos [os da produção]! (*Gerente de Recursos Humanos*).

A preocupação com a produção também surge no discurso do representante do empregador na CIPA quando o questiono sobre a possibilidade de se trabalhar a prevenção através de dinâmicas de grupo, algo que possibilitaria uma maior interação entre educadores e educandos do que uma palestra.

[Não dá para se trabalhar a dinâmica de grupo] Devido ao tempo que vai tomar! Uma dinâmica de grupo leva mais tempo que uma palestra. E participam menos pessoas. Umas 20 no máximo. É algo que se estende por muito tempo. Além de tomar muito tempo dos funcionários, toma muito tempo de quem está dando a dinâmica.

(...)

Prejudicando a produção! (*Representante do empregador na CIPA*).

Outro motivo, agora apontado pelo Médico do Trabalho, para a não utilização da dinâmica de grupo é a falta de conhecimento e de pessoal “capacitado” para aplicá-la. Entretanto, reconhece a importância desse instrumento educativo, não necessariamente para a prevenção da AIDS.

Não utilizo a dinâmica de grupo porque não detenho o conhecimento da técnica. Mas gostaria de saber como aplicá-la. Por exemplo, sobre o grupo com LER/DORT que foi readaptado ao trabalho, gostaria de fazer esse tipo de coisa. Mas nunca fiz. Até porque não tenho o pessoal qualificado pra isso. *(Médico do Trabalho)*.

Gostaria de aplicar a dinâmica de grupo em alguns casos. Como exemplo, para grupos de hipertensos, gostaria de fazer isso! Prá diabéticos, também! *(Médico do Trabalho)*.

Se não há uma maior elaboração das atividades de prevenção da AIDS, tal fato também é explicado pela ausência de procura dos trabalhadores por isso. A preocupação destes, tal como disse o representante sindical, é mais voltada para a prevenção de acidentes de trabalho e riscos ocupacionais.

[Os trabalhadores procuram a CIPA ou o SESMT] Na maioria das vezes para falar sobre situações de risco relacionadas ao meio ambiente de trabalho. Ou uma situação que está os incomodando, como exemplo, uma máquina que está fazendo muito ruído ou calor. Coisas relacionadas a acidentes do trabalho ou saúde ocupacional. *(Representante do empregador na CIPA)*.

Outros motivos citados pelo Médico do Trabalho para que na empresa as atividades de Educação em Saúde (não só para a prevenção da AIDS) não sejam mais efetivas já foram abordados anteriormente (p. 106-107) e dizem respeito à restrição de verbas, falta de pessoal da área da educação/saúde, escassez de tempo dada pelas rotinas de trabalho e a própria empresa não tomar como prioridade ações dessa natureza.

Adiciono a esses elementos a provável dificuldade de negociação entre a filial brasileira e sua matriz norte-americana para que essas práticas sejam tomadas como prioritárias ao bem estar e à saúde do trabalhador, a limitação da interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde (Ambulatório Médico) e de segurança (CIPA e SESMT) dada pela centralização da possibilidade de realização dessas atividades nas mãos do

Médico do Trabalho⁶⁸ e a ausência de integração (várias vezes indicadas nesse estudo) entre os diversos órgãos ligados ao mundo do trabalho no desenvolvimento de programas de atenção à AIDS.

Especificamente sobre a palestra apresentada na SIPAT, é importante descrever alguns apontamentos sobre seu público-alvo, planejamento e avaliação.

Sobre o primeiro aspecto, o público-alvo, todos os trabalhadores são chamados a assistirem a palestra, que ocorre durante a jornada de trabalho. A presença não é obrigatória.

A palestra sobre AIDS é feita na SIPAT. (...) A SIPAT é divulgada! Para quem tem e-mail, por e-mail. A divulgação é feita principalmente na última semana que antecede a SIPAT. A obrigatoriedade é no sentido de que o indivíduo tem o direito de ser dispensado do serviço para ir assistir a palestra.

(...)

A palestra é realizada durante a jornada de trabalho! Ou ele [o trabalhador] tem a opção de continuar trabalhando. Geralmente ele vai pra palestra.

(...)

Não há impedimento para a participação do funcionário. Muito pelo contrário! Até é dito pra ele ir! Às vezes, tem aquele que opta por não ir. Daí, não é obrigatório ir. “Eu tô atrasado no trabalho, tenho que fazer tal coisa, prefiro ficar fazendo!” (...) Mas, em geral, ele vai. (*Médico do Trabalho*).

Já sobre a participação dos trabalhadores terceirizados, isso depende de sua liberação pela empresa que os contratou.

Isso [a participação dos trabalhadores terceirizados na palestra sobre prevenção da AIDS] depende muito da empresa onde trabalham! Se os

68. Não acredito que essa limitação de interdisciplinaridade seja possibilitada intencionalmente pelo Médico do Trabalho. Faço questão de dizer que em momento algum da entrevista (e fora da entrevista) realizada com esse profissional duvidei de sua intenção de querer produzir ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida/saúde do trabalhador. Acredito que, se além de lhe ser oferecidos mais recursos e melhores condições de trabalho, houvesse uma articulação dos serviços de saúde da empresa com os serviços públicos de saúde e uma maior preocupação em se constituir uma equipe ampliada (composta por profissionais do Ambulatório Médico, da CIPA e do SESMT) para trabalhar a Educação em Saúde, tais atividades seriam mais efetivas e abrangentes. Creio que essa delimitação da interdisciplinaridade esteja ligada ao fato de que uma vez que essa temática geralmente não é abarcada na formação dos profissionais (não só da saúde, também de outras áreas), é compreensível que ela esteja limitada no cotidiano de trabalho desses profissionais e que não haja um pleno conhecimento das possibilidades de trabalho que pode trazer. Porém, a interdisciplinaridade existente nesta empresa na prevenção da LER/DORT (p. 105) é um indício de que seu avanço é possível.

liberam ou não! Não estou falando desta empresa. Falo da empresa terceirizada. Se ela tem consciência da necessidade de liberá-los para assistir a palestra, liberam! Se não têm, não liberam! Algumas não liberam! Algumas vêem o funcionário como algo meio escravo. Ele só não é escravo porque tem um vínculo com a CLT, mas em termos de produção, é algo bem parecido com escravidão. Ele não tem benefício nenhum! O terceirizado é, normalmente, aquele que faz o serviço que ninguém quer fazer. Na maioria das vezes relacionado à produção indireta. A terceirização é outro assunto complicado! (*Médico do Trabalho*).

Quanto ao segundo aspecto, o planejamento da palestra, este é realizado, além de pelo Médico do Trabalho (que a ministra), também por membros da CIPA.

A CIPA estabeleceu o como ia ser a SIPAT. Exemplo: a SIPAT desse ano vai ter um teatro, vai ter um sorteio, vai ter "x" palestras... E vão ser sobre determinados assuntos.

A CIPA estabeleceu o que ia ser feito na SIPAT, quais palestras iriam ser dadas. (*Representante do empregador na CIPA*).

Tal como já havia mencionado sobre o planejamento dos demais programas de Educação em Saúde desta empresa, não são propiciados espaços para que os trabalhadores (além dos que fazem parte da CIPA e do SESMT) possam se organizar (ausentando-se da rotina cotidiana de trabalho) e participar do planejamento desses programas (o que inclui o da prevenção da AIDS).

Relembrando o que já havia dito, sob um ponto de vista helleriano, não são possibilitados momentos de “concentração”, de *homogeneização* entre os trabalhadores para que sejam realizadas atividades (no caso de Educação em Saúde) que realmente satisfaçam suas necessidades (carecimentos não necessariamente radicais).

Também relembro que essa forma de planejamento se confronta com a posição a qual defendo nesse estudo, a da adoção de formas de planejamento democráticas, participativas, vinculadas a uma abordagem educacional político-social.

Outra observação sobre o planejamento dessa palestra é que ele não parte de um diagnóstico, de uma investigação que avalie os conhecimentos, valores e atitudes dos trabalhadores em relação à AIDS.

Pesquisador : Vocês já fizeram alguma pesquisa sobre os conhecimentos, valores e atitudes dos trabalhadores em relação à AIDS ?

Méd.Trab. : Não! Não foi feita esta pesquisa!

Como nos esclarece Gandim (p. 63-64) o diagnóstico, a pesquisa avaliativa, é necessária para se ter um referencial que possibilite aos educadores aproximarem uma situação educacional “real” a outra “ideal”, almejada.

A CN-DST/AIDS também coloca a importância da efetivação de uma pesquisa dessa espécie para que o programa de prevenção atinja seus objetivos (p. 71).

A falta de realização dessa pesquisa é, portanto, uma grande lacuna no planejamento dessa palestra.

Acerca do terceiro aspecto, a avaliação da palestra, a CIPA, no seu planejamento, analisa seu conteúdo antes de ser proferida aos trabalhadores.

Nota-se nessa avaliação uma preocupação com o nível de entendimento da palestra à medida que se procura estabelecer uma forma de comunicação, de linguagem, acessível a todos os trabalhadores.

Tem um debate sobre o como vai ser feita a palestra. Antes de ser passada ao pessoal, o Médico a apresentou pra gente, da CIPA. E nós avaliamos! Sobre algumas coisas, mudamos um pouco o ponto de vista. Porque a palestra foi preparada para ser dada a pessoas de nível cultural alto. E alguns trabalhadores da fábrica não têm esse nível cultural. Então, o linguajar tem que ser mais popular. (*Representante do empregador na CIPA*).

O impacto da palestra sobre os trabalhadores não é avaliado. Isso é afirmado pelo representante do empregador na CIPA:

A CIPA não avalia o impacto da palestra sobre a AIDS. Não sei se o Médico do Trabalho avalia! (*Representante do empregador na CIPA*).

E confirmado pelo representante dos empregados na CIPA:

Eu acredito que a avaliação não seja feita. As pessoas se interessam pela palestra, mas não há a avaliação. (*Representante dos empregados na CIPA*).

O representante do empregador na CIPA associa essa não-avaliação pelo órgão devido ele não priorizar o tema abordado na palestra.

Acho que essa avaliação não é feita pelo fato da CIPA se interessar mais pela doença ocupacional e prevenção de acidentes. O foco principal dela possibilita isso. (*Representante do empregador na CIPA*).

A não ser os cipeiros, não há participação dos demais trabalhadores no processo de avaliação desta palestra (seja no seu *processo*, como em seu *produto*), mais uma vez apontando para a crítica há pouco feita sobre a ausência de participação dos trabalhadores em geral na sua concretização.

O que a gente entende é que os trabalhadores estão representados pelos membros que eles elegeram para a CIPA. E esses membros que eles elegeram é que são chamados para avaliar a palestra. (*Representante do empregador na CIPA*).

A importância dessa avaliação reside no fato de que há a necessidade de se conhecer que resultados um processo educacional (mesmo que meramente informativo como uma palestra) traz em relação aos elementos avaliativos, indicados por Contrera e Solano, de uma atividade de prevenção da AIDS: *relevância, progresso, eficiência e impacto* (p. 72-73).

Isso é relevante para se compreender o que traz aos trabalhadores uma palestra ministrada somente uma vez ano, que conta com apenas uma hora de duração e que tem como didática uma metodologia expositiva de ensino pautada num modelo de comunicação predominantemente unilinear.

Ainda é preciso considerar que alguns aspetos da cultura sexual brasileira, que muitas vezes se exprimem no silenciamento em torno da sexualidade, podem impedir que os trabalhadores não expressem suas dúvidas no “fecho” da palestra. Assim, seria interessante a aplicação de um instrumento individual de avaliação para que tais dúvidas fossem dirimidas.

Também é de se questionar se a cultura existente entre os trabalhadores (especificamente os homens) da empresa estudada possibilita ou não que as trabalhadoras

(as mulheres) possam expressar suas dúvidas sem que sejam estigmatizadas⁶⁹. Se tal cultura não possibilita esse espaço às mulheres, mais uma vez a utilização de uma ferramenta individual de avaliação dessa palestra seria importante.

No campo das intervenções coletivas, também há o DSS (Diálogo Semanal de Segurança - p. 96) voltado para os trabalhadores da produção, mas sua abrangência sobre a prevenção da AIDS é bem restrita.

No DSS, se eu [cipeiro] sei algo sobre a AIDS, se eu li algo interessante num jornal ou numa revista, eu posso comentar isso [aos trabalhadores da produção]. Leio para eles! E eu também posso passar isso para os outros cipeiros falarem no DSS.

(...)

Li um dado estatístico sobre AIDS para eles. Eles se interessaram!
(*Representante dos empregados na CIPA*).

[A prevenção da AIDS] Não é só feita na SIPAT. Há os DSSs. Na SIPAT há uma pessoa mais entendida do assunto. Lá, qualquer pergunta que se fizer, o Médico vai estar apto a responder. (*Representante dos empregados na CIPA*).

Sobre as intervenções coletivas também podemos considerar, além da distribuição de preservativos masculinos pelo CTA/COAS na época do Carnaval, a distribuição de panfletos e afixação de cartazes em murais da empresa, que abordam não só a prevenção da AIDS, também de outras DSTs. Entretanto, o conteúdo desses materiais será objeto de análise do próximo tópico.

No terreno da intervenção individual é interessante citar uma das falas do representante dos empregados na CIPA apontando que, para tirarem suas dúvidas, os trabalhadores têm acesso aos serviços públicos de saúde (Disque-AIDS e Disque-Saúde, cujos números de telefone se encontram nos cartazes do Ministério da Saúde afixados em murais da empresa) e às orientações dadas pelo Médico do Trabalho.

69. Manifesto essa preocupação porque alguns dias após uma palestra sobre prevenção da AIDS realizada numa empresa em que trabalhei no setor de ARH, duas trabalhadoras vieram reclamar de que não puderam apresentar suas dúvidas no “fecho” dessa palestra pois em virtude de uma colega de trabalho ter falado ao Médico palestrante sobre suas dúvidas, houve comentários mal intencionados e “piadinhas” entre os trabalhadores, os homens, sobre a índole sexual dessa trabalhadora (veladamente, por um bom tempo após essa palestra, houve entre os trabalhadores - homens - o comentário se essa trabalhadora era ou não uma “mulher decente”). Esse fato impediu que as demais trabalhadoras pudessem exprimir suas incertezas sobre a questão.

Também se pode distinguir em sua fala uma grande significação atribuída ao papel das campanhas de prevenção veiculadas pelo governo.

Eu acredito que as pessoas que têm dúvidas, mas que têm medo de se expor... Existe aquele Centro de Atendimento [Disque-AIDS e Disque-Saúde] para tirar dúvidas.

Quando a pessoa tem dúvidas, existem meios para ela tirar a dúvida. Uma é perguntando para uma pessoa que tem conhecimentos sobre o assunto. Aqui, no caso, o Médico do Trabalho.

Se a pessoa tem receio, ela pode ligar nas entidades de assistência e tirar a dúvida dela. Ela não precisa se expor.

Há coisas [sobre prevenção da AIDS] que passam na TV... Quando chega a época de Carnaval!

É direto falando na TV sobre isso. Usar camisinha! Reduzir números de parceiros! *(Representante dos empregados na CIPA).*

Realmente é possibilitado o acesso dos trabalhadores (efetivos) à consulta com o Médico do Trabalho para que possam ter orientações sobre a AIDS, bem como encaminhamento para testagem anti-HIV e, caso seja necessário, para o tratamento da doença.

Uma última consideração sobre isso é que, se a palestra enquanto meio de intervenção coletiva por um lado traz algumas “lacunas” em seu processo educativo, por outro, constitui uma via significativa para que o trabalhador se interesse por uma orientação médica (intervenção) individual.

Logo depois das palestras da SIPAT, muitas pessoas procuram o Médico do Trabalho para tirar dúvidas. Isso até foi algo interessante!

Na maioria das vezes, eles perguntam em particular para o Médico. No meio da palestra eles não perguntam muito. Acho até que seja uma certa timidez sobre o assunto.

Muitos deles procuram o Médico em particular depois da palestra. *(Representante do empregador na CIPA).*

Depois da palestra, quando você levanta dúvidas, alguns funcionários vêm pedir para fazer o exame anti-HIV. No exame periódico, às vezes, o funcionário também pode pedir.

Eles pedem exame! Orientação, nem tanto! É mais exame! Aí, se ele tiver alguma dúvida, ele até pede orientação. A gente também orienta prá não fazer o exame sem necessidade. “Você quer fazer o exame, por quê?”,

“Teve alguma relação de risco ?”, “Há quanto tempo ?” Se ele quer falar sobre isso, ele fala, se não quer, não fala! E faz o exame! (*Médico do Trabalho*).

Aqui, tenho pouco feedback [sobre as dúvidas dos trabalhadores sobre a AIDS]. É algo bastante pontual. Por exemplo, eu fiz a palestra sobre AIDS e alguns funcionários fizeram algumas perguntas. Você percebe que algumas pessoas absorveram algo do que foi passado porque questionaram, porque tiveram dúvida. Muitos não dizem nada, então, não sei se entenderam. O feedback é pequeno. Ouviram a palestra, prestaram atenção! Acho que entenderam alguma coisa! Alguns até vieram e pediram o teste! (*Médico do Trabalho*).

O fato da demanda de orientação e pedido de exame sobre a AIDS ser feita apenas pelos homens é explicado pelo Médico do Trabalho:

... quem faz teste aqui são os homens. Não me lembro de nenhuma mulher vir fazer teste aqui. Até porque, provavelmente, ela solicite isso para o seu Ginecologista. Talvez ela tenha mais intimidade com o Ginecologista para tratar dessa questão. Nós não temos Ginecologista no Ambulatório. Talvez seja esse um dos motivos pelos quais elas não pedem para fazer o teste aqui. Ou, talvez, não façam o teste! (*Médico do Trabalho*).

3.6. Conhecimentos e sentidos sobre a prevenção da AIDS

Nesse tópico abordo o conteúdo dos conhecimentos e sentidos presentes nas intervenções educativas coletivas (palestra, cartazes e panfleto⁷⁰) para prevenção da AIDS entre os trabalhadores da empresa. Além de descrevê-los, procuro analisá-los e criticá-los a partir de referenciais dados pelo “*Manual*” da CN-DST/AIDS (p. 75-78) e pelo sétimo ponto de crítica a ele feito por mim e minha orientadora (p. 82-83).

70. Há uma série de ações educativas propostas pela CN-DST/AIDS para a prevenção da AIDS nos locais de trabalho (Anexo 14) , entretanto, nesta empresa são desenvolvidas como intervenções educativas coletivas apenas essas três estratégias.

Não incluo entre elas o DSS (Diálogo Semanal de Segurança) devido este abordar de forma muito restrita a prevenção da AIDS.

Palestra ministrada na SIPAT pelo Médico do Trabalho (Anexo 9.2)⁷¹

Um cuidado tomado pelo Médico do Trabalho no planejamento de sua palestra foi configurá-la de maneira que a AIDS não fosse associada ao medo existente em torno dela.

Mais do que fazer algo que chocasse, eu quis orientar, conscientizar [sobre a prevenção da AIDS]. (*Médico do Trabalho*).

Partindo do princípio de que os trabalhadores já estavam bem informados sobre os meios de transmissão e prevenção do HIV (algo questionável uma vez que não foi realizado um estudo para se verificar os conhecimentos, valores e as atitudes dos trabalhadores em relação à AIDS), sua principal preocupação foi a de orientá-los sobre o longo período de incubação do vírus (o que possibilita ao seu portador o desconhecimento de se estar contaminado) e para que não utilizassem os serviços públicos de banco de sangue para diagnóstico de soropositividade quando na suspeita de estarem no período da janela imunológica, com o fim de não doarem material infectado.

Antigamente valia esse tratamento de choque, de trazer uma pessoa que se declara aidética prá falar sobre os problemas que enfrenta. Hoje já acho que isso não vale mais. Não sei até que ponto esse tratamento de choque resolve! A palestra que dei na SIPAT sobre a AIDS foi mais prá orientá-los sobre o perigo da incubação prolongada do vírus. Sobre as formas de transmissão [e prevenção] da doença, só relembrei! Todo mundo já sabe! Oriento principalmente sobre a importância de não ir doar sangue prá se fazer o diagnóstico. Prá saber se está ou não contaminado. Porque existe a janela imunológica! (*Médico do Trabalho*).

Outra orientação dada aos trabalhadores (especificamente pais e mães) é que as informações a eles apresentadas fossem repassadas a seus filhos.

Eu ressalto muito a importância [da prevenção] (porque há muitos pais de família aqui) para que eles entendam que têm filhos adolescentes convivendo com a AIDS. Que talvez a importância em assimilar as informações não seja até por causa deles (por que eles podem não ter

71. Neste anexo encontra-se a descrição do conteúdo de cada slide apresentado na palestra.

comportamento de risco), mas para passarem as informações para os filhos. Porque os filhos estão na adolescência e vão querer experimentar as coisas do mundo. A adolescência é fase disso. É importante eles entenderem isso. (*Médico do Trabalho*).

Adentrando no conteúdo dos conhecimentos e sentidos da prevenção da AIDS presentes na palestra, como introdução é apresentado um conjunto de informações sobre o conceito, história e epidemiologia do HIV/AIDS (slide 3).

A gente explica que a AIDS é a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida. A pessoa geralmente não nasce com ela. Outras pessoas, nascem. A pessoa geralmente nasceu normal e depois adquire o vírus. Na introdução, eu falo sobre o primeiro caso descrito, mas explico que o primeiro caso mesmo provavelmente ocorreu antes do primeiro descrito. Foi nos Estados Unidos, na cidade de São Francisco. Não fico falando muito que foi um homossexual porque eles já sabem disso e não vem ao caso. Hoje, isso não faz diferença. No Brasil, o primeiro caso foi em São Paulo, em 1981. Na época, eu era estudante da UNICAMP. Lembro-me do primeiro caso internado como AIDS na UNICAMP! Eu explico que no Brasil há em torno de 550.000 soropositivos. 110.000 doentes. A maior contaminação vem da faixa de adolescentes e mulheres. Isso é um dado que o Corsini me passou há um tempo e tenho mantido. Mas, de qualquer forma, mesmo com os dados não atualizados, é prá entender que há muitos doentes e soropositivos. (*Médico do Trabalho*).

Mostrei que a doença não é mais como era antigamente, não atinge só os homossexuais masculinos. Hoje atinge principalmente os jovens (devido principalmente ao uso de drogas injetáveis) e mulheres. Aumentou muito a incidência entre as mulheres. (*Médico do Trabalho*).

Embora seja mencionado o aumento da incidência de novos casos de contaminação entre as mulheres, não é explicado o porquê disso, algo essencial de ser informado uma vez que o motivo está relacionado ao crescimento do contágio entre os heterossexuais e ao fato de que essas mulheres geralmente são infectadas por parceiros fixos (p. 5).

Também não são explicados os demais danos que a AIDS pode causar ao acometer as mulheres: a transmissão perinatal e a geração de “Órfãos da AIDS” (p. 5-6).

Sobre o uso de drogas injetáveis entre os jovens, questionado sobre a existência ou não na empresa de um trabalho de prevenção voltado para a interface AIDS/UDI o Médico do Trabalho responde que não é desenvolvido esse programa pois a população da empresa

não vem se expondo a essa categoria de risco (algo que também não foi diagnosticado através de um estudo. Deduzo que essa posição seja dada por provavelmente nenhum trabalhador apresentar problemas de saúde ou no ambiente de trabalho relacionados ao uso de drogas).

Aqui, na empresa, não há um trabalho articulado para a prevenção da AIDS e as drogas. Vou te dizer o porquê! Um pouco é por causa da característica da população. É uma população mais madura, não tem tantos jovens. São poucos jovens, talvez não chegue aos 20%. Na produção é menos ainda. Tem o pessoal do SENAI que são estagiários, aprendizes. (*Médico do Trabalho*).

As informações acerca dos meios de transmissão do HIV (slides 4 e 5) destacam:

- a via sangüínea: transfusão de sangue contaminado; uso compartilhado de agulhas e seringas não descartáveis; prestação de socorro sem a devida proteção; e uso de objetos não descartáveis / esterilizados por profissionais como barbeiros e manicures. Sobre esse último item é alertado para a importância de que o usuário leve seu próprio objeto de uso pessoal para a realização do serviço: lâmina de barbear, alicate de unha, etc.
- e a via sexual: através da troca de fluidos corpóreos (esperma, líquido pré-espermático e vaginal, excetuando-se, então, a saliva) nas relações oral, anal e vaginal.

Sobre a transmissão, eu coloco que o HIV é um vírus da imunodeficiência “humana”, que é transferido de ser humano para ser humano. Mosquito, cachorro, gato, nada disso transmite!

Falo que a transfusão sangüínea é responsável por 5% de contaminação. Há o problema, também, da agulha, da seringa, prestação de socorro sem a devida proteção. Barbeiro, manicure, dentista! Os dentistas fazem a prevenção! Já o barbeiro e a manicure, não sei! Oriento que é bom levar sua lâmina, seu alicate de unha!

Sobre sexo, falo sobre o oral, o anal e o vaginal. A maior dúvida é sobre o oral. Eu explico que no sexo oral o problema é para quem usa a boca. O dono da boca é quem corre o risco. O outro, não! A saliva não é fator contaminante. O líquido pré-espermático e o esperma podem contaminar. O líquido pré-espermático tem uma concentração de vírus até maior que o esperma. A secreção vaginal também contamina. A saliva, não. Na saliva o vírus não está ativo. Não explico detalhes técnicos porque não ia adiantar colocar isso. Beijo não tem problema nenhum. (*Médico do Trabalho*).

Mais uma vez escapa à explicação a categoria de transmissão perinatal pela gestação, parto e amamentação. Também está ausente o esclarecimento sobre as categorias intradomiciliar e ocupacional (nota 58, p. 76).

Sobre as formas de prevenção da AIDS (slide 6) é enfatizada a questão da janela imunológica e do período prolongado de incubação do HIV.

Conforme mencionei há pouco, há uma grande preocupação do Médico do Trabalho sobre o indivíduo soropositivo desconhecer sua própria condição de portador do vírus e estar propagando a infecção a outras pessoas, bem como sobre o risco de doação de sangue contaminado durante a janela imunológica.

Falo sobre a janela imunológica. O mínimo é de um a um mês e meio. A média de três meses. O máximo de seis meses. A incubação tem média de onze anos. É bastante alta! Eu até brinco com eles: “Se a AIDS fosse uma doença em que a pessoa se contamina hoje e no outro dia acorda verde, roxa, com o cabelo em pé, com o olho prá fora! Aí, você diria: Aquele cara é aidético!” Teria como controlar a ação do vírus! Mas, provavelmente, a pessoa vai viver onze anos em condições normais e, se não fizer o exame, ele pode transmitir o vírus por aí! E, aí, como fica!? (*Médico do Trabalho*).

Na prevenção também é falado sobre as condições que favorecem o desenvolvimento da doença (hábito alimentar, estilo de vida, fatores psicológicos e diagnóstico / tratamento tardios) e o perigo da recontaminação.

Também digo que há condições que favorecem o desenvolvimento da doença: alimentação, estilo de vida, fatores psicológicos, diagnóstico e tratamento tardio, entre outros. Esses fatores podem fazer com que a média de sobrevida diminua. Eu citei o Magic Johnson, aquele jogador famoso de basquete... Disputou as Olimpíadas de Barcelona, havia se contaminado há nove anos. Ele manteve a média, principalmente, mantém a qualidade de vida sob controle.

Pelo estilo de vida, ele pode se contaminar de novo. Ninguém falou que ele se contamina uma vez só. Se ele mantiver o comportamento de risco, contamina-se novamente. (*Médico do Trabalho*).

Nesse ponto, o que é estranho é que nem no discurso do Médico do Trabalho e nem no slide há alguma referência sobre o não comportamento sexual de risco e o uso do preservativo como métodos de prevenção. Infiro que esses aspectos, embora não tenham

sido por ele citados na entrevista e não estejam presentes no slide que trata da prevenção, sejam considerados quando aborda a transmissão do HIV pela via sexual.

Também não há menção sobre o uso do preservativo feminino, ao fato de outras DSTs serem uma porta de entrada para o HIV e às dificuldades de negociação sobre o uso do preservativo entre os parceiros decorrentes da diferença de poder entre os gêneros que dificulta a prevenção entre as mulheres.

Um tema não enumerado nos slides, mas que é discutido quando se fala sobre a prevenção é o do preconceito em relação aos HIV soropositivos e doentes de AIDS. No entanto, por ser uma temática que merece um destaque diferenciado, retomarei essa questão mais adiante.

A respeito dos testes para detecção do HIV (slide 7) há a explicação sobre os exames realizados para tal fim, com ênfase no ELISA, disponível no Ambulatório Médico da empresa.

Mais uma vez o Médico do Trabalho chama a atenção para a importância de o indivíduo submeter-se ao diagnóstico de soropositividade somente após o período de uma suposta janela imunológica.

... sobre os testes, explico que alguns testes são mais complexos, mais caros e só são feitos numa situação de transplante de órgãos. Daí, alguns perguntam “Por que não faz no banco de sangue, prá doação!?” Não faz! É caro! Nem todo laboratório faz! É só numa situação de transplante! Não pode transplantar um órgão de um adético para uma pessoa que está esperando prá viver. E todo mundo entende isso muito bem! Eu digo que o teste ELISA é o mais comum. Existem outros, mas é o ELISA que fazemos no Ambulatório e que fazem por aí.

Explico que se o resultado for negativo, não há com o que se preocupar! Desde que se respeite a janela imunológica! Se der positivo, não é prá ficar preocupado! Tem que se fazer outro exame prá confirmar! (*Médico do Trabalho*).

Eu explico prá eles [os trabalhadores] a necessidade de confirmação do exame quando o resultado é positivo.

A gente faz um teste. O ELISA! Como não existe falso-negativo, se deu negativo, é negativo. Se deu positivo, eu faço o exame de confirmação. (*Médico do Trabalho*).

Também fala da importância de não se utilizar os serviços do banco de sangue para a realização desse diagnóstico, principalmente pelo fato de se poder estar no período da janela imunológica.

Eu explico prá não utilizar o banco de sangue para realizar o teste. Por isso eu digo que entre os 5% dos casos de AIDS por transfusão de sangue estão por trás os casos daqueles que doaram sangue na janela imunológica para saber se estavam infectados. É muito mais bonito ele ser um doador de sangue e fazer o teste do que se expôr a ir no serviço de saúde pedir um teste de HIV! Como doador de sangue ele não se sente exposto! Então, ele vai lá, doa o sangue! Estava na janela imunológica, não deu nada e contaminou o outro!

(...)

É nossa obrigação detectar se o indivíduo está na janela imunológica! Se está, a gente recomenda que ele faça o exame depois. Porque provavelmente não vai aparecer nada. E ele aceita! Agora, no banco de sangue, ele nega! Ele nega a condição de que teve comportamento de risco há pouco tempo! Então, a mensagem talvez mais importante da palestra seja essa! Que eles não façam uso do banco de sangue prá fazer o diagnóstico. Ressalto muito isso. (*Médico do Trabalho*).

Na seqüência, é citada a necessidade do tratamento (slide 8) não apenas para o doente de AIDS, também para o indivíduo HIV soropositivo assintomático.

Ainda é indicado o endereço do serviço público de saúde (CTA/COAS) para a realização do diagnóstico (caso o trabalhador não queira fazê-lo no Ambulatório da própria empresa) e tratamento da doença.

Falo sobre o tratamento, digo que é para o soropositivo, não é só para o doente. Dou o endereço do COAS. Explico onde fica. Falo que não tem letreiro nenhum. Porque se tivesse, talvez as pessoas não passassem nem na calçada! Não vai chamar a atenção! Preciso, é só ir lá! É tudo de graça! Exame! Tratamento! Quem não quiser fazer o exame aqui, pode fazer lá! Falo da importância de se tratar as doenças secundárias. Prevenção, profilaxia, outras terapias. Essas últimas ficam a cargo do indivíduo buscar! Acupuntura, Medicina Ortomolecular, um tratamento de suporte! (*Médico do Trabalho*).

Seria preciso esclarecer que a adesão ao tratamento da AIDS também é de fundamental importância para a prevenção coletiva da doença uma vez que seu abandono

pode resultar num poder de maior resistência do HIV (pela sua alta capacidade de mutação) aos medicamentos que o combatem.

Se um indivíduo que abandona seu tratamento contamina outra pessoa, poderá estar lhe transmitindo uma espécie de vírus mais resistente à medicação até então existente.

A adesão ao tratamento ainda propicia à pessoa soropositiva um maior tempo de sobrevida e uma melhor qualidade de vida. Já não se pode associar todos os casos de soropositividade à morte e dizer que uma pessoa contaminada pelo HIV vá necessariamente morrer em decorrência da AIDS. Clinicamente, há recursos que possibilitam a continuidade da vida, mesmo com o HIV.

Finalizando sua palestra, o Médico do Trabalho relaciona a prevenção da AIDS essencialmente à aquisição de informações sobre o conhecimento preventivo e à auto-estima (slides 9 e 10).

Acerca do conhecimento preventivo, acredita que a população já está bem informada sobre os meios de transmissão e prevenção do HIV (algo que se constitui um equívoco, pois não é isso o que mostra um estudo de abrangência nacional sobre o tema: MS/CN-DST/AIDS/CEBRAP, 2000) e que, assim, a desinformação não vem a ser um problema.

Sua preocupação é com os limites postos pela auto-estima, ou melhor dizendo, pela falta de auto-estima. Para ele, o poder de escolha e decisão individual sobre o seguir ou não um comportamento preventivo está associado à auto-estima, ao estilo de vida escolhido por cada um, algo muito difícil de ser alterado através de intervenções educativas. Dessa forma, por mais que se veicule informações sobre a importância de se aderir a um comportamento preventivo diante da AIDS, a escolha, a decisão pela prevenção ou não-prevenção é sempre algo fundamentalmente individual, subjetivo.

... tem gente que quer correr esse risco [de se contaminar através de comportamentos sexuais não seguros]! Tem gente que corre! É uma opção bem particular! Sobre educação, acho que já foi falado muito sobre a prevenção! (*Médico do Trabalho*).

... eu vejo [a atitude para a não infecção pela] AIDS como uma questão de auto-estima. Eu coloquei isso na palestra.

Como se pega, todo mundo já sabe! Quer correr o risco!? Quer pegar!? Aí, o problema é de cada um, é pessoal! (*Médico do Trabalho*).

Eu falo que a AIDS é uma questão de auto-estima. Reforço até a importância deles [os trabalhadores] divulgarem isso para os filhos. Hoje você tem que aprender a conviver com a AIDS. (*Médico do Trabalho*).

... mudar comportamento é algo difícil! A AIDS foi o grande problema de saúde das duas últimas décadas do século! E vai continuar sendo por um bom tempo!

Agora, se você considera que nos países do primeiro mundo 75% das doenças são originárias do estilo de vida, você tem uma idéia de como se é difícil mudar comportamento! O pessoal morre de doenças originárias de estilo de vida! Pode ver que está se matando! Não de AIDS! Pelo cigarro, stress... Qualidade de vida “zero”! Workaholic! Mora em um lugar, viaja prá outro para ir trabalhar, arrisca-se nas estradas, não se alimenta bem! A AIDS também entra aí!

Então, por mais orientação que você dê, se a pessoa não tem auto-estima, ela pode se contaminar! A pessoa pode não estar lá muito preocupada com isso! Talvez, antes de se envolver numa relação de risco, pense um pouco mais do que antigamente! Talvez, antes até não pensasse no perigo por desinformação! Mas, hoje, acredito que o problema não seja a desinformação. Acredito que esteja mais ligado à auto-estima. O que vai diferenciar na exposição ou não é a auto-estima, a mudança de comportamento individual. (*Médico do Trabalho*).

Aqui, cabem várias observações.

Primeira, não se pode afirmar que os trabalhadores desta empresa possuam as informações necessárias para a adoção de um comportamento preventivo diante da AIDS, pois em momento algum foi realizado um estudo diagnóstico, um pesquisa, para verificar se isso realmente ocorre. Assim, ao contrário do que sustenta o Médico do Trabalho, há a possibilidade de que a desinformação constitua, sim, um entrave para a formação de atitudes preventivas.

Segunda, a informação veiculada de modo unicamente unilinear não basta para o estabelecimento de um comportamento preventivo frente à AIDS. É necessário que os programas de Educação em Saúde para a prevenção da doença adotem estratégias de comunicação dialógicas e dialéticas que possibilitem uma maior interação entre educadores e educandos, favorecendo a produção de espaços para a construção da consciência preventiva através do compartilhamento coletivo de conhecimentos, sentidos, valores, dúvidas e incertezas sobre a AIDS.

E terceira, o Médico do Trabalho fala na auto-estima, na responsabilidade individual (sobre si mesmo) como algo essencial à prevenção da AIDS.

Concordo parcialmente com sua posição, pois há que se considerar a responsabilidade coletiva, a estima do “*outro*”, o respeito pela vida do parceiro ou da parceira, seja num relacionamento estável ou ocasional, como elementos também fundamentais nesta prevenção.

Acredito que, para que haja a possibilidade da auto-estima e da estima pelo “*outro*”, um programa de Educação em Saúde não deva se restringir tão somente aos aspectos cognitivos, racionais, da prevenção. Deve ainda abarcar os aspectos afetivos.

Para isso, mais uma vez falo da necessidade de uma intervenção educacional coletiva com características dialógicas e dialéticas para que também possam ser contempladas tanto as dimensões cognitivas como afetivas da prevenção.

Tenho ciência de que por mais que se ofereça ao indivíduo um programa de Educação em Saúde abrangente, que aborde as várias interfaces da prevenção da AIDS, o comportamento de prevenção ou não-prevenção em última instância se inscreve na esfera da escolha e decisão pessoal, individual.

Emprestando alguns elementos do jargão psicanalítico, não posso deixar de considerar o inconsciente como um princípio decisivo nessa escolha e decisão subjetiva.

O ser humano é constituído de desejos, de pulsões de vida e de morte, que não raramente “atropelam” a razão e a moral e que muitas vezes o impele a correr riscos, a escolhas e decisões que o colocam (tanto o indivíduo como outras pessoas) diante do sofrimento e mesmo da morte.

Um assunto que pela sua complexidade deixei para ser tratado neste momento, mas que é mencionado pelo Médico do Trabalho quando fala dos meios de prevenção do HIV, é o preconceito em relação aos indivíduos soropositivos e doentes de AIDS⁷².

Sobre essa temática procurei explorar a opinião de vários profissionais responsáveis pelo programa de prevenção da AIDS da empresa.

72. Esclareço que este preconceito muitas vezes se estende a outros indivíduos e grupos minoritários (homossexuais, UDIs e profissionais do sexo) ainda tomados por muitos como responsáveis pela continuidade da pandemia, não obstante a atual epidemiologia indique a categoria heterossexual como principal veiculadora do HIV. A idéia, por exemplo, de que a AIDS é um castigo divino devido à “promiscuidade” humana (desses indivíduos e grupos) não é nada rara.

O Gerente de Recursos Humanos esclarece que o código de ética da empresa não permite atitudes de discriminação na sua relação com os trabalhadores (inclusive na relação dos trabalhadores entre si) e que há serviços de *ombudsman* disponíveis para a denúncia desses acontecimentos (p. 112-113).

Porém, acredita que mesmo com esse aparato contra o preconceito e que os trabalhadores estejam bem informados de que o ambiente de trabalho não oferece risco de contágio pelo HIV, devido ao medo, à ignorância e à questões culturais, estes podem apresentar um atitude de “isolamento” em relação a um possível colega de trabalho soropositivo ou doente de AIDS⁷³.

Agora, você fala assim “Ah! Mas, e na área, será que alguém vai isolar a pessoa [soropositiva]?” Eu não sei! Nós vamos dar todo o apoio prá ele desde que ele não corra risco de se machucar, por exemplo. A empresa não vai mudar, não vai fazer discriminação, não vai querer isolá-lo. Mas eu não posso falar sobre aqueles que estão junto, porque hoje, até hoje, a AIDS é um negócio que os assusta. Muitos pensam que só ficar próximo de um infectado pega AIDS. O contato! Só de você pegar na mão da pessoa pode ficar doente! Pegar a doença! Então, acho que o que falta é esclarecimento! Eu acho que o Governo já insistiu nisso, mas, o fato é que ainda tem pessoas fechadas! E há o medo, também! Então, eu acho que o risco maior está aí! Amigos da área dele, companheiros da área, estarem isolando! (*Gerente de Recursos Humanos*)

... infelizmente, existem pessoas que ainda acham que se pega [AIDS] pelo contato. Vai pegar na mão da pessoa e se contaminar! Eu acho que por mais que as pessoas venham e façam palestras, por mais que se procure deixar claro, passa um tempo e as pessoas voltam a se questionar se foi falada a verdade. “Será que não pega?”, “Não sou bobo de ficar perto dele!” “Assim pega!”. É cultura, também! (*Gerente de Recursos Humanos*).

73. O leitor notará que sobre essa questão do preconceito os responsáveis pelo programa de prevenção da AIDS falam a partir de suposições, pois a empresa jamais divulgou a identidade dos trabalhadores soropositivos, o que nunca deu margem para reações preconceituosas contra eles.

O representante do empregador na CIPA também tem a opinião de que haveria discriminação entre os trabalhadores.

Acho que vai haver uma discriminação.

(...)

Aqui na fábrica nunca ouvi [sobre discriminação], mas, fora daqui, já ouvi. Eu acho que as pessoas começam a ficar com medo... Contato físico, um aperto de mão. Ficam com medo de que a pessoa tenha uma ferida ou até a idéia errada de que a AIDS, por exemplo, possa ser pega pelo suor... Coisas desse tipo!

Acho que, desse modo, haja uma certa discriminação contra quem tem AIDS. *(Representante do empregador na CIPA).*

Questionado sobre o que a CIPA faria se houvesse na empresa um caso de discriminação, o cipeiro explica que o órgão tomaria uma atitude no sentido de conscientizar todos os trabalhadores sobre o não perigo de contaminação pelo HIV no ambiente de trabalho (a mesma ação realizada pelo sindicato da categoria).

[A CIPA] Teria que dar uma conscientizada no pessoal [para não haver discriminação em relação aos trabalhadores soropositivos]. A todos que convivem com a pessoa, que trabalham próximos dela. E até aos que não trabalham [próximos]. A gente deveria conscientizar todo mundo. *(Representante do empregador na CIPA).*

A opinião do representante dos empregados na CIPA, na sua entrevista, a princípio sustenta que, devido os trabalhadores terem o conhecimento (informação) sobre os meios de transmissão do HIV, não teriam reações discriminatórias contra o colega de trabalho soropositivo. No entanto, no aprofundamento do questionamento sobre o tema o cipeiro entra em contradições na sua argumentação e acaba por reconhecer que a informação é importante no combate ao preconceito, mas não basta por si mesma.

Pesquisador : Os trabalhadores estão preparados para o convívio com um colega de trabalho soropositivo ? Se os trabalhadores soubessem de um caso de colega infectado, como seria a reação deles em relação a essa pessoa ?

Cipeiro : Eu acho que o pessoal está bem preparado prá isso!
(empregados)

Pesquisador : Por quê ?

Cipeiro : Por causa daquilo que foi passado prá eles sobre os meios de
(*empregados*) contaminação. O Médico do Trabalho explicou bem isso. A pessoa pode ser soropositiva... E o pessoal assimilou bem... Por exemplo, você trabalha comigo! Eu tenho AIDS e você não tem! Você fica sabendo que eu tenho AIDS! Se você não tem o conhecimento de como pega, você vai se afastar de mim!

Pesquisador : O conhecimento do qual fala é a informação !?

Cipeiro : Certo! Você discrimina porque não tem a informação!
(*empregados*)

Pesquisador : E pelo fato de se ter a informação você acha que o comportamento muda ? Uma coisa é se falar sobre a AIDS, outra é vê-la na sua frente!

Cipeiro : Eu acredito que a informação ajuda. Tem que se ter
(*empregados*) informação!

Pesquisador : Sim, concordo! Mas, será que só a informação resolve ?

Cipeiro : Bem! Só, não! Acho que pode ter algo mais!
(*empregados*)

Pesquisador : E o que é...

Cipeiro : Sabia que você ia perguntar! O que é esse “algo mais”!?
(*empregados*) Eu já conversei com um portador de HIV na igreja... Quem sabe na próxima SIPAT... O interessante seria trazer um portador do HIV na SIPAT prá participar da palestra e ver a reação das pessoas ao ver alguém que tem o vírus. Eu tive essa oportunidade na igreja, num curso de noivos. Ele [o soropositivo] chegou e cumprimentou todo mundo. Tomou café, comeu bolachinha... Aí, ele foi dar uma palestra sobre HIV. Ele falou tudo. No final é que ele falou que era portador do HIV. Aí, algumas pessoas falaram assim: “Pôxa! Eu dei a mão prá ele!”. Então, eu disse: “Mas ele não explicou que pegar na mão não contamina !?”...

Pesquisador : Por isso eu te pergunto se só a informação basta!

Cipeiro : Tá!... É por isso que deveria ter esse “algo mais”. Mas, o que
(*empregados*) é esse “algo mais”!? A informação ajuda, é importante. Mas, tem que se ter esse “algo mais”!

Também questionado sobre o como a CIPA agiria no caso de discriminação de trabalhadores soropositivos, tal como o outro membro da CIPA, o cipeiro explica que o órgão interviria através de atividades de conscientização a todos os trabalhadores sobre o não risco de contágio pelo HIV no local de trabalho.

Eu acredito que teríamos que conscientizar. De onde partiu a discriminação ? Que tipo de discriminação houve ? Vamos sentar e trabalhar em cima disso porque não pode acontecer! Não pode haver isso em hipótese alguma! Tanto dos empregados como da empresa. Isso não pode haver! (*Representante dos empregados na CIPA*).

O Médico do Trabalho, por sua vez, também é de opinião que haveria receio dos trabalhadores (mesmo informados sobre as formas de transmissão do HIV) de se aproximarem do colega de trabalho soropositivo.

Os funcionários não estão preparados para o convívio com um colega de trabalho soropositivo. Por mais que você fale que é algo que se transmite principalmente por via sexual, por secreção, há o receio de contaminação! Se o indivíduo se reconhece publicamente como *aidético*⁷⁴, ele sofre preconceito.

(...)

Aqui, na empresa, eu teria problemas com isso! As pessoas o veriam [o trabalhador soropositivo] como um possível contaminante ou coisa do tipo. (*Médico do Trabalho*).

E atribui esse receio ao medo que a AIDS desperta por estar comumente associada às representações de degradação física e de morte. Para ele, o instinto de sobrevivência das pessoas sobressai-se sobre as regras de convívio social com pessoas soropositivas que lhes são passadas.

[O convívio social com os soropositivos] É abordado quando você fala dos meios de prevenção. Mas até por ser uma doença letal, uma doença em que provavelmente você vai morrer decorrente dela, pela própria característica dela de enfraquecimento do organismo e tudo o mais, as pessoas têm receio, não querem se arriscar [a se aproximar dessas pessoas]!

74. O Médico do Trabalho em sua fala utiliza a expressão “aidético” provavelmente pelo desconhecimento de que o próprio termo carrega um *status* discriminatório, algo que inclusive deve ser esclarecido aos trabalhadores (nota 59, p. 77).

Aí, entra aquela questão do instinto de sobrevivência! O instinto de sobrevivência acaba até sendo mais forte do que a influência da orientação! (*Médico do Trabalho*).

Como na empresa nunca houve nenhum caso de discriminação de trabalhadores soropositivos visto que as informações sobre suas identidades estão restritas ao conhecimento do Médico do Trabalho (sobre alguns casos, também ao conhecimento do Gerente de Recursos Humanos) e como não há um estudo sobre os conhecimentos, valores e atitudes dos trabalhadores em relação à AIDS, interessou-me saber o porquê de o Médico do Trabalho acreditar que haveria reações preconceituosas na empresa no caso de os trabalhadores tomarem ciência da existência de um colega de trabalho soropositivo.

O motivo por ele explicado diz respeito aos comentários feitos por chefes e gerentes quando desconfiam que podem ter um trabalhador subalterno contaminado pelo HIV.

... às vezes, um chefe vê que um funcionário ficou doente, emagreceu, algo assim! Ele te encontra e diz: “Fulano ficou afastado, não tá com nenhuma doença grave, não!?” Ele não cita a AIDS, mas você percebe que ele está com medo! “Vai voltar prá minha área, como é que ele tá !?” Tem medo! Principalmente se é uma doença debilitante. Por trás está o medo da AIDS! Vem com a conversa “Será que ele tá com câncer!?” Vem com uma conversa de piedade para com o indivíduo, mas, no fundo, o que ele quer é que você fale se o funcionário está ou não com AIDS. Isso vem do chefe, do gerente. (*Médico do Trabalho*).

Questionado sobre qual seria a postura das pessoas que trabalhassem diretamente com um indivíduo soropositivo, o Médico do Trabalho faz uma diferenciação entre “amigo” e “colega de trabalho”. Para ele, enquanto o primeiro provavelmente seria solidário com esse trabalhador, o segundo talvez não teria essa mesma atitude.

Eu não saberia dizer prá você o como seria a reação da pessoa que trabalha diretamente com ele [o trabalhador soropositivo]! Eu acho que isso vai muito do relacionamento que havia anteriormente. Se ele era só um colega de trabalho ou se ele é um amigo! Se for amigo, provavelmente vai dar suporte, apoio, prá ele! Agora, se ele for só um colega de trabalho isso pode não acontecer! Se a relação era só superficial, não vai fazer muita questão! Talvez algumas coisas sejam evitadas. Por exemplo, usar o banheiro logo depois que a pessoa contaminada usou. Esse tipo de coisa! Não existe o risco, mas a pessoa acha que existe! (*Médico do Trabalho*).

Não posso dizer que não compreenda esse comportamento de receio e de medo dos trabalhadores em relação às pessoas HIV soropositivas e doentes de AIDS. Houve um momento na entrevista em que tanto eu como o Médico do Trabalho explicitamos essas reações também vindas de nossas partes. É uma questão moral, de sinceridade, dizer isso ao leitor, algo que de forma alguma poderia lhe ser omitido.

O trecho da entrevista que apresento a seguir ilustra o fato de que por mais que tenhamos informações sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV, por mais que saibamos sobre as regras de convívio social com pessoas soropositivas ou doentes de AIDS e, por mais que procuremos combater o preconceito sobre essas pessoas, ainda assim, podemos estar sujeitos ao nosso próprio medo de nos contaminar numa relação social que não ofereça risco.

Por se tratar de um diálogo entre duas pessoas bem informadas sobre a AIDS (eu e o Médico do Trabalho), esse segmento de entrevista demonstra claramente o quão difícil e complexo é trabalhar essa questão.

Méd.Trab. : Não sei! Vou perguntar prá você! Eu sou Médico! Sei como se contamina, como não se contamina! Você se sentiria à vontade se... Acabou de sair do banheiro um aidético! Você vê que é aidético, nem precisa falar! Eu te pergunto: Você usaria o banheiro imediatamente !?

Pesquisador : Sinceramente, prá mim isso é algo complicado! Eu não me sentiria à vontade, teria dificuldades prá...

Méd.Trab. : Eu estou te colocando isso porque eu também pensaria duas vezes! Se eu tiver outra opção, eu não uso aquele banheiro!

Pesquisador : Não vou ser medíocre! Eu tenho dificuldades prá lidar com isso! Por mais que eu seja contra o preconceito, eu não lidaria corretamente com essa situação específica, o uso do banheiro! É um limite meu!

Méd.Trab. : Então! Ou se eu usasse o banheiro, iria forrar o vaso, puxaria a descarga várias vezes. E eu sei que não pega assim! Nós vamos....

Pesquisador : Ser medíocres !?

Méd. Trab. : Isso! Ser medíocres !? Fingir que não agiríamos assim !?

Pesquisador : Também estou sendo sincero!

Méd.Trab. : Não sei! Nunca passei por uma situação dessas...

Pesquisador : Também, não!

Méd.Trab. : Mas se eu tiver outra opção, eu uso o outro banheiro. Com certeza! E pode até ter saído outro aidético dali, mas eu não vi! Então, eu vou lá e uso! Mas daquele que eu vi, eu tenho minha restrição! Não uso!

Pesquisador : Não vou te criticar por isso! Porque eu também agiria assim!

Méd.Trab. : Não é uma questão de instinto de sobrevivência !?

Pesquisador : Acredito que sim!

Méd.Trab. : “Vai que de repente!” Aquela coisa fantasiosa! Você confia na ciência, mas confia até certo ponto! Sua sobrevivência fala mais alto. “E se de repente era tudo mentira e pega pelo vaso sanitário !? Eu é que vou ser o primeiro !?” É bobagem! É até uma coisa infantil! Extremamente fantasiosa! Mas, a gente tem isso na cabeça! O instinto de sobrevivência fala mais alto! Porque a doença é letal! Então, o colega de trabalho talvez possa ter esse comportamento! E não vou culpá-lo por isso! Mas não sei exatamente o que iria acontecer! Porque nunca me deparei com uma situação dessas. Aqui, ninguém sabe quem está infectado. Então, não há isso! Alguma queixa em relação a preconceito, também não tenho! Porque quem está contaminado não disse para os colegas de trabalho. Eu não sei como o aidético é visto pela família dele! Mas tenho certeza de que na família dele há os que relevam a situação e se dedicam a cuidar dele e deve ter, também, os que o evitam. Embora saibam como é a transmissão! Pode ter certeza disso! Faz parte do comportamento humano!

Para finalizar a crítica sobre a palestra, vejo ainda a importância de que se mencione aos trabalhadores, mesmo que sucintamente, a existência de leis que protegem o indivíduo portador do HIV, garantindo-lhe direitos (e deveres) sociais, assistenciais, trabalhistas e previdenciários, entre outros.

Cartazes do Ministério da Saúde

São quatro cartazes sobre prevenção da AIDS afixados em murais da empresa.

1. “*Saiba como se pega AIDS*” (Anexo 10.1)

O cartaz está afixado na entrada da fábrica e suas informações são sobre as formas de transmissão e de não-transmissão do HIV.

Explica que o HIV é transmitido:

- por algumas modalidades de contato sexual (sexo oral, vaginal e anal), porém não especifica que isso ocorre apenas quando do não uso do preservativo;
- pelo uso de agulhas, seringas e objetos perfuro-cortantes não descartáveis ou não esterilizados;
- pela transfusão de sangue contaminado; e
- pela via vertical, fazendo referência à gravidez e ao parto, mas não ao aleitamento.

E não é transmitido:

- através da doação de sangue;
- pelo ar e por picada de insetos; e
- pelo convívio social com o portador do vírus: contato com suor, beijo no rosto, aperto de mão e abraço; compartilhamento de utensílios de uso cotidiano, tais como sabonete, toalha, talheres e copos; e utilização de locais públicos por ele freqüentado: piscina, banheiro, assento de ônibus, entre outros.

O cartaz ainda traz a informação sobre o número do telefone do serviço público “Disque-Saúde”.

2. “*DST. É preciso tratar. É preciso cuidar.*” (Anexo 10.2)

Afixado na sala de recepção do Ambulatório Médico, o cartaz chama a atenção para a prevenção das DSTs por constituírem uma porta de entrada para o HIV, para a redução do número de parceiros sexuais e para o uso do preservativo como formas de prevenção da AIDS.

Também traz informações sobre o “Disque-Saúde”.

3. “*Quem ama usa*” (Anexo 10.3)

Também afixado na sala de recepção do Ambulatório Médico, procura através de uma imagem/mensagem de conteúdo afetivo alertar para a importância do uso do preservativo masculino na prevenção da AIDS.

Tal como os cartazes anteriores, traz informações sobre o “Disque-Saúde”.

4. “*Você não pega AIDS por compartilhar o mesmo banheiro de alguém com o vírus*” (Anexo 10.4)

Afixado na parede interior do sanitário da sala de recepção do Ambulatório Médico (de uso de homens e mulheres), traz apenas essa mensagem auto-explicativa.

Panfleto do Ministério da Saúde (Anexo 11)

O panfleto “*Sabe o que acontece quando um amigo seu pega o vírus da AIDS ?*”, distribuído pelo CTA/COAS a todos os trabalhadores pela ocasião da realização da SIPAT, faz parte de uma campanha do Ministério da Saúde exclusiva para a prevenção da AIDS nos locais de trabalho.

Traz informações sobre os meios de transmissão e prevenção do HIV, além de procurar sensibilizar os trabalhadores de que o convívio social com pessoas portadoras de HIV no mesmo ambiente de trabalho (e fora dele) não lhes confere risco de contaminação.

Menciona o número de telefone do “Disque-AIDS”.

Algumas considerações

Fazendo um “fechamento” da análise dos conhecimentos e sentidos presentes no conjunto dessas três atividades coletivas de Educação em Saúde para prevenção da AIDS desenvolvidos na empresa, reconheço a importância das informações por elas transmitidas aos trabalhadores, mesmo que por uma via de comunicação predominantemente unidirecional.

Infelizmente o contexto em que se dão essas intervenções dificulta a existência de espaços para uma maior interação entre educadores e educandos na construção de uma consciência preventiva coletiva de AIDS.

Com isso, alguns importantes aspectos da prevenção (ou um maior questionamento sobre eles) escapam ao processo educativo: a negociação do uso do preservativo entre os parceiros; a utilização do preservativo feminino; o motivo do crescimento dos casos de contaminação entre as mulheres; a transmissão perinatal e as suas implicações sociais; a responsabilidade não só individual, mas também coletiva da prevenção; o preconceito, a discriminação e a estigmatização não apenas em relação ao indivíduo HIV soropositivo e doente de AIDS, também em relação aos homossexuais, UDIs e profissionais do sexo; e a percepção sobre a vida e a morte.

Felizmente, no caso de o trabalhador ter dúvidas sobre a AIDS, pode recorrer a uma intervenção educativa individual: o “Disque-Saúde / Disque-AIDS” e/ou a consulta com o Médico do Trabalho para orientação e encaminhamento para exames e (se necessário) tratamento.

Há uma preocupação do Médico do Trabalho em poder realizar atividades de Educação em Saúde mais amplas para os trabalhadores, não só para a prevenção da AIDS como, também, para a prevenção de outras doenças. Contudo, como já mencionado no transcorrer das análises, há vários entraves que o impedem de desenvolver trabalhos dessa natureza.

Vejo na população que tenho aqui, problemas de saúde que merecem mais atenção do que a AIDS [hipertensão, diabetes e stress], mas, com certeza, incluiria a AIDS num programa de prevenção mais elaborado, se pudesse!
Se me falassem que eu posso desenvolver cinco programas de prevenção, um deles seria as DSTs e a AIDS. Ele faria parte, inclusive, de um programa de qualidade de vida, de alteração de comportamento diante da vida.
(Médico do Trabalho).

Tomando integralmente as atividades de prevenção, assistência e procedimentos gerais, considero que o programa de atenção à AIDS desenvolvido pela empresa é expressivo nos serviços que oferece ao trabalhador, ainda que apresente algumas “lacunas” no que diz respeito às ações de tratamento (o não atendimento específico à AIDS pelo Convênio Médico-Hospitalar) e prevenção.

Penso que essas ações teriam uma maior dimensão se houvesse por parte da empresa uma consciência política de que investimentos em programas de Educação em Saúde significam investimentos no bem-estar e qualidade de saúde e vida de seus trabalhadores, algo que se reverteria em qualidade e produtividade.

Seriam mais abrangentes se também houvesse um maior esforço entre as várias organizações ligadas ao mundo do trabalho (governo, empresas, centrais sindicais, sindicatos, ONGs, universidades e a sociedade civil) no sentido de buscarem criar vias de comunicação e negociação entre si para o desenvolvimento de programas integrados voltados à saúde do trabalhador.

Reconheço o quanto isso vem a ser utópico. Mas a utopia serve para isso, para que mesmo a pequenos passos, possamos caminhar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando comecei a dar os primeiros passos no desenvolvimento dessa pesquisa, várias pessoas me questionaram se o estudo valeria o esforço de produção pois parecia óbvia a conclusão de que por se tratar de uma empresa, as atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS por ela desenvolvidas seriam muito limitadas para não prejudicar seu processo de produção.

Realmente a observação fazia sentido e essa era uma das premissas com a qual trabalhava e que se revelou verdadeira nas análises. Entretanto, sabia que havia outras facetas dessas atividades que deveriam ser exploradas.

Acredito que consegui atingir meu objetivo, o de *fazer uma análise crítica sobre os aspectos teórico-metodológicos que orientam as atividades de Educação em Saúde de um Programa de prevenção da AIDS de uma empresa de grande porte do município de Campinas (SP), no sentido de, à luz de referenciais teóricos específicos e a partir da metodologia de pesquisa qualitativa (tendo como modalidade de pesquisa o estudo de caso), produzir conhecimentos e críticas sobre as configurações, alcances e limites dessas atividades*, abrangendo todas as questões de estudo propostas: as concepções de sociedade, homem, trabalho, saúde, saúde do trabalhador, educação, educação em saúde, os conhecimentos e sentidos sobre prevenção da AIDS, bem como as diretrizes operacionais presentes na estruturação do Programa de prevenção da AIDS da empresa estudada.

Devido às várias interfaces da AIDS, talvez algumas características desse programa tenham me escapado à descrição e análise. Contudo, dentro dos limites dados para a produção da pesquisa, creio que pude trazer uma significativa contribuição para o campo da Educação em Saúde para prevenção da AIDS nos locais de trabalho.

Há a particularidade de se tratar de um estudo de caso, portanto, existe a restrição de não se poder generalizar as conclusões aplicadas a essa empresa para todas as outras. Mas há empresas que desenvolvem programas com características similares ao da empresa pesquisada, assim, para esses casos, alguns pontos das análises e observações produzidas nesse trabalho podem ser válidas (p. 27-29).

Desse estudo, dou destaque a algumas considerações surgidas ao longo de sua análise.

Primeira, apesar de a empresa pesquisada trazer uma concepção de saúde do trabalhador fundamentada na Saúde Ocupacional que, segundo a crítica de alguns teóricos, está voltada apenas para o atendimento das necessidades do capital, vejo que há uma real preocupação de seus profissionais de saúde com o atendimento das necessidades dos trabalhadores.

Considero expressivos os serviços de saúde e os benefícios sociais que a empresa tem oferecido aos seus trabalhadores. Há algumas deficiências nesses aspectos, como a ausência do(a) Psicólogo(a), do(a) Assistente Social e de Enfermeiro(a)s (profissionais da Enfermagem com formação superior) no seu quadro de trabalhadores, contudo, ainda assim, não deixo de considerá-los relevantes.

Tomando as atividades de Educação em Saúde desenvolvidas pela empresa, entendo que vários fatores que escapam ao poder de autonomia de seus profissionais de saúde (p. 106-107; 128-129) têm influenciado para que essas ações não tenham uma maior abrangência. Entretanto, no que diz respeito à ausência da interdisciplinaridade entre esses profissionais (exceto na prevenção da LER/DORT), é de se questionar se não é possível que haja, além de uma articulação dos serviços de saúde da empresa com os serviços públicos de saúde, também uma maior atenção à formação de uma equipe ampliada de saúde (constituída pelos profissionais do Ambulatório Médico, da CIPA e do SESMT) para que as ações de Educação em Saúde sejam mais efetivas.

Especificamente sobre o campo das atividades de Educação em Saúde para a prevenção da AIDS é visível a preocupação da empresa em atender aquilo que é exigido por lei.

Com isso, as ações coletivas de prevenção da doença tomam uma configuração restrita, pontual, privilegiando a utilização de um modelo de comunicação predominantemente unilinear (palestra, cartazes e panfleto) que limita a interação entre educador e educandos, impossibilitando a construção de um conhecimento e de uma consciência coletiva de prevenção da doença entre os trabalhadores.

A intervenção individual, mesmo que centrada apenas na prática médica (orientação durante a consulta), acaba por se constituir um elemento importante para amenizar as “lacunas” educacionais deixadas pelas intervenções coletivas.

Apesar de se poder constatar a existência de algumas deficiências nas ações de atenção à AIDS desenvolvidas pela empresa (mais precisamente no campo do tratamento e da prevenção), tomadas em seus três aspectos (educação / prevenção, assistência e procedimentos gerais), considero tais ações significativas para os trabalhadores.

Segunda, há a necessidade da abertura de canais de comunicação e integração entre as diversas organizações vinculadas ao mundo do trabalho para o combate à AIDS.

É de se estranhar que a própria CN-DST/AIDS até o momento não tenha feito contato, para o estabelecimento de parcerias, nem com a empresa que foi meu objeto de estudo e nem com o sindicato dos trabalhadores da categoria, duas entidades que têm uma significativa representatividade no mundo do trabalho.

Terceira, há também a necessidade de que as empresas reconheçam a importância do desenvolvimento de programas de Educação em Saúde para seus trabalhadores.

Num país onde epidemias como a da dengue e da AIDS constituem-se sérios problemas de saúde pública, cujo estilo de vida de sua população está cada dia mais marcado por hábitos de alimentação irregular (*fast-food*) e vida sedentária, que nutre uma cultura de uso abusivo de drogas (inclusive as socialmente aceitas) e em que doenças como LER/DORT, câncer, stress, hipertensão, diabetes, entre outras, são cada vez mais comuns, tais programas são essenciais à melhoria da qualidade de saúde e de vida do trabalhador. Investimentos nesse campo revertem-se em investimentos em qualidade e produtividade.

Quarta, parece estar havendo entre o governo, entidades públicas e particulares e uma grande parcela da população uma certa despreocupação em relação à prevenção da AIDS. Sua prevenção parece cair no esquecimento, sendo motivo de atenção do governo e da mídia quase que exclusivamente na época do Carnaval e no Dia Mundial da AIDS. Talvez a própria ausência da CN-DST/AIDS (vinculada ao Ministério da Saúde) na busca de produzir novas parcerias (pelo menos é o que se pode deduzir acerca da região de Campinas) seja uma expressão disso.

Nessa questão da AIDS, o velho chavão “É melhor prevenir do que remediar” vem caindo no ostracismo. Invertendo essa idéia, a medicalização da AIDS (acredito que por motivos políticos eleitoreiros e sensacionalistas) tem merecido um maior destaque nos canais de comunicação governamentais e na mídia.

Claramente, com essa observação, não estou deixando de reconhecer a importância dessa medicalização. Muito pelo contrário, considero que o tratamento da AIDS é tão necessário quanto sua prevenção. Apenas insisto na opinião de que as atividades de prevenção não vêm recebendo a atenção merecida. Prova disso é que alguns segmentos sociais já dão sinais de deixarem a prevenção da AIDS de lado devido à equivocada percepção de que sua medicalização já é uma solução eficiente para o combate à doença.

Em PASTORE (2001), por exemplo, identificamos que a nova geração de “gays” por constituir-se de jovens que não viveram o drama inicial da AIDS entre os homossexuais e por acreditarem na “eficácia” do atual tratamento da doença (além do que, no Brasil os medicamentos são distribuídos gratuitamente o que entre eles tem contribuído para a despreocupação para com o contágio pelo HIV), tem se revelado um grupo altamente suscetível à infecção pelo vírus.

Sobre isso, DIMENSTEIN (1999) fala da volta das *dark rooms*, ambientes escuros instalados em saunas, danceterias e bares, onde os homossexuais masculinos têm feito sexo sem preservativos e às cegas, sem ver e nem conhecer os parceiros.

Por fim, a respeito do desenvolvimento de pesquisas sobre a relação AIDS-trabalho, uma idéia interessante que me surgiu durante a exploração do referencial bibliográfico para a produção desta pesquisa foi a de, através da investigação de histórias de vida, analisar a inserção de indivíduos HIV soropositivos e doentes de AIDS no mundo do trabalho,

considerando as dificuldades vividas por essas pessoas, enquanto trabalhadores e trabalhadoras, em sua inclusão no processo de produção de bens e serviços.

Entretanto, apenas deixo indicada essa área de exploração para o desenvolvimento de uma pesquisa. Particularmente, para os campos do conhecimento sobre a Educação em Saúde e a AIDS, essa Dissertação de Mestrado foi a contribuição que pude lhes oferecer e espero que seja significativa como fundamento teórico-metodológico para os profissionais da educação e da saúde que pretendem desenvolver pesquisas e intervenções nessas áreas.

Também espero que sua leitura possa fomentar o diálogo entre as várias instituições (governo, empresas, sindicatos, universidades, ONGs/AIDS e instituições públicas e privadas de educação e saúde) e, mesmo na sociedade civil, acerca da importância do desenvolvimento e realização de programas contínuos e efetivos de prevenção da AIDS nos locais de trabalho e que isso possa contribuir para uma melhor qualidade de vida e saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBADE, Áurea C. S.; SOLANO, Nelson. AIDS e o Direito. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Cap. VII. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_7.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

BAGNATO, Maria H. S. Educação Continuada na área de saúde: uma aproximação crítica. In: BAGNATO, Maria H. S.; COCCO, Maria I. M.; DE SORDI, Mara R. L. **Educação, Saúde e Trabalho**: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas, São Paulo: Alínea, 1999. Cap. 6. pg. 71-98.

BASTOS, Francisco I.; BARCELLOS, Christovam. Geografia Social da AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.1, p.52-62, fev., 1995.

BASTOS, Francisco I. et al. O não-dito da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.90-96, jan.-mar., 1993.

BASTOS, Octávio O. M. Diagnóstico e avaliação de T&D: processo de T&D. In: BOOG, Gustavo G. (Coord.). **Manual de Treinamento & Desenvolvimento**. 2. ed. São Paulo: Makron Books; ABTD, 1994. Cap. 8, p. 137-163.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação Qualitativa em Educação : uma introdução à Teoria e aos Métodos**. Tradução: Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telma Mourinho Baptista. Porto, Portugal: Porto Editora, 1994. 336p. Título original: Qualitative Research for Education. (Coleção Ciências da Educação).

BOOG, Gustavo G. (Coord.). **Manual de Treinamento & Desenvolvimento**. 2. ed. São Paulo: Makron Books; ABTD, 1994. 595p.

BRANCO, Cristina A. C.; SOLANO, Nelson; DOMINGUEZ, Roberto C. Noções básicas sobre AIDS. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Cap. IX. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_9.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização do texto: Equipe Atlas. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 220p. (Manual de Legislação; 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). In: MINAYO, Maria C.S. (Org.). **A saúde em estado de choque**. 3. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; FASE, 1986. Anexo, p. 117-128.

BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **HIV nos tribunais**. 2.ed. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998a. 83p.

_____. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capa_indice.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

_____. **I Seminário para jornalismo sobre DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/jornalismo/index.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2001.

_____. **AIDS no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998d. 106p.

BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias.** Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1999. 220p.

_____. Promoção de práticas seguras por meio de educação e prevenção entre populações específicas e outros grupos vulneráveis. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Relatório de implementação do AIDS II: 11 de dezembro de 1998 a agosto de 2000.** Brasília: MS/CN-DST/AIDS, set. 2000. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/bco_mundi_2509/subcomponente1_2_5.htm>. Acesso em: 23 jan. 2001.

_____. **Boletim Epidemiológico - AIDS.** Ano 13, n.1, Brasília, dez., 1999.- jun., 2000.

_____. **Boletim Epidemiológico - AIDS.** Ano 14, n.2, Brasília, abr.- jun., 2001a.

_____. Promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS, prevenção de transmissão das DST, do HIV/AIDS e do uso indevido de drogas. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Relatório de implementação do AIDS II de dezembro de 1998 a maio de 2001.** Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1 jun. 2001b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/planejamento/relat_imp_aval_aids2.htm>. Acesso em: 16 jun. 2001.

_____. **Ações desenvolvidas pelo CN/DST/AIDS no local de trabalho** Brasília: MS/CN-DST/AIDS, [s.d.]a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/prevencao/link185.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2001.

_____. **Plano Estratégico: prevenção, controle e assistência às DST/AIDS no local de trabalho - 1996-1998.** Brasília: MS/CN-DST/AIDS, [s.d.]b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/prevencao/link186.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2001.

_____. **Projeto de intervenção de caráter preventivo em DST/ AIDS junto a pessoas em locais de trabalho.** Brasília: MS/CN-DST/AIDS, [s.d.]c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/prevencao/link126.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2001.

_____. **Legislação Brasileira sobre DST/AIDS.** Brasília: MS/CN-DST/AIDS, [s.d.]d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/c-geral/indice.htm>>. Acesso em: 4 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS / Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). **Projeto “Comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/AIDS”**. Relatório de Pesquisa. Brasília: MS/CN-DST/AIDS/CEBRAP, set. 2000. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/cebrap/relatorio_pesquisa_cebrap.htm>. Acesso em: 18 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: diretrizes e princípios**. Brasília: MS / Secretária Nacional de Assistência à Saúde, 1990. 20p.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Consolidação das Leis do Trabalho - CLT**. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 1995. 726p. (Coleção Saraiva de Legislação).

BRASIL. Ministério do Trabalho / Secretária da Segurança e Saúde do Trabalhador. Normas Regulamentadoras n. 5 (NR5) - CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) - **Alteração. Portaria n. 8, de 23 de fevereiro de 1999. IOB - Informações Objetivas**, São Paulo, ano 33, semana 1, n.9, Textos Legais, p.34-44, mar., 1999.

BRASIL. Ministérios do Trabalho e da Saúde. Campanha Interna de Prevenção à AIDS (CIPAS). **Portaria n. 3.195, de 10 de agosto de 1988. IOB - Informações Objetivas** São Paulo, ano 22, 3º decênio., n.24, Textos Legais, p.635, ago., 1988.

BUENO, Sonia M. V. et al. **Educação para a promoção da saúde sexual / DST-AIDS** Ribeirão Preto: Villimpress, 1995. 176p.

CARNEIRO, Marcelo. Uma conquista ameaçada: vitorioso no combate à AIDS, o governo controla mal os testes para bancos de sangue. **Veja**, São Paulo, v.34, n.20, p.50-51, 23 maio, 2001.

CARONE, Iray. A questão dos Paradigmas nas Ciências Humanas e o Paradigma da Estrutura das Objetivações Sociais de Agnes Heller. In: LANE, Silvia T.M.; SAWAIA, Bader B. (Org.). **Novas veredas da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense; EDUC, 1995. Parte 1, p. 11-21.

CHEQUER, Pedro. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Apresentação. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/apresentacao.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos na empresa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 150p. (Volume 5).

COHN, Amélia. Considerações acerca da dimensão social da epidemia do HIV/AIDS no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Simpósio Satélite: a epidemia da AIDS no Brasil: situações e tendências**. Brasília MS/CN-DST/AIDS, 1997, p. 45-53.

CONTRERA, Wildney F.; SOLANO, Nelson. Avaliação e Monitoramento. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Cap. VIII. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_8.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

CRUZ, Ana S.; SABOIA, Juliana. O Brasil domou a AIDS: programa brasileiro reduz o número de mortes e contaminados, vira referência mundial e abre polêmica sobre a quebra de patentes de remédios. **Veja**, São Paulo, v.34, n.8, p.74-77, 28 fev., 2001.

CYRINO, Antonio P., CYRINO, Eliana G. Integrando comunicação, saúde e educação: a experiência da UNI-Botucatu. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP, v.1, n.1, p.157-168, ago., 1997.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. **AIDS: a terceira epidemia**: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991. 128p.

DEDECCA, Claudio S. Emprego e qualificação no Brasil dos anos 90. In: OLIVEIRA, Marco A. (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas: IE/UNICAMP, 1998. p. 269-294.

DHALIA, Carmem; BARREIRA, Drauzio; CASTILHO, Euclides A. A AIDS no Brasil: situação atual e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico - AIDS**. Ano 13, n.1, semana epidemiológica 48/99-22/00, p. 3-13. Brasília, dez., 1999.-jun., 2000.

DIAS, Elisabeth C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. (Org.). **Isto é trabalho de gente?:** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. Cap. 9, p. 138-156.

_____. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil:** realidade, fantasia ou utopia ?. 1994. 335f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

DIMENSTEIN, Gilberto. O vírus da ignorância. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 set. 1999. Folha Campinas. p. 18.

FUTURO sombrio. **Veja**, São Paulo, v.31, n.28, p.66-67, 15 jul., 1998.

GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 1991. 175p. (Série Pensamento e Ação no Maistério; Coleção Mestres da Educação; 5).

GANDIN, Danilo. **A prática do planejamento educativo:** na educação e em outras instituições, grupos e movimentos dos campos cultural, social, político, religioso e governamental. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1999a. 182p.

_____. **Planejamento como prática educativa**. 10. ed. São Paulo: Loyola, 1999b. 111p. (AEC do Brasil; 6).

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In.: MINAYO, Maria C. S. (Org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap. 4, p. 67-80.

GRANJO, Maria H. B. **Agnes Heller:** filosofia, moral e educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. 124p.

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. 4. ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 1992. 121p. Título original: Alltag und Geschichte. Zur sozialistischen Gesellschaftslehre.. (Série Interpretações da História do Homem; 2).

_____. **Para mudar a vida**: felicidade, liberdade e democracia. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Brasiliense: São Paulo, 1982. 204p. Título original: Per cambiare la vita.

L'ABABATE, Solange. Comunicação e Educação: uma prática de saúde. In: MERRHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires, Argentina: LUGAR, 1997. p. 267-298. (Coleção Saúde em Debate; 108; Série Didática;6).

LACAZ, Carlos S.; MARTINS, José E. C.; MARTINS, Eduardo L. (Coord.). **AIDS-SIDA**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1990. 304p.

LACAZ, Francisco A. C. **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. 433f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

_____. Saúde do Trabalhador: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 7-19, 1997.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas. Tradução: Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340p. Título original: La construction des savoirs: Manuel de méthodologie un sciences.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. Medicina Preventiva. São Paulo: McGrawHill, 1976 *apud* MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p. 21-31, 1997.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública : pedagogia crítico-social dos conteúdos**. São Paulo: Loyola, 1985 *apud* VASCONCELLOS, Celso. **Construção do conhecimento em sala de aula**. São Paulo: Libertad, 1995. 108p. (Cadernos Pedagógicos do Libertad; 2).

LIMA, Ana L. M. et al. **HIV/AIDS: perguntas e respostas**. São Paulo: Atheneu, 1996. 351p.

LOYOLA, Maria A. (Org.). **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UERJ, 1994. 246p.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p. (Temas Básicos de Educação e Ensino).

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Org.). **A AIDS no Mundo**. Tradução: Outras Palavras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1993. 324p. Título original: AIDS in the world. (História Social da AIDS; 1).

MATTOSO, Jorge E. L. Transformações econômicas recentes e mudanças no mundo do trabalho. In: OLIVEIRA, Marco A. (Org.). **Economia & Trabalho: textos básicos**. Campinas: IE/UNICAMP, 1998. p. 61-77.

MEDICI, André César. Impactos socioeconômicos da AIDS. In: PARKER, Richard et al. (Org.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; IMS, UERJ, 1994. Cap. 12, p. 325-329. (História Social da AIDS; 2).

MENDES, René; DIAS, Elisabeth C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p. 341-349, out., 1991.

MINAYO, Maria C. S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap. 1, p. 9-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. 270p. (Saúde em Debate; 46).

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p. 21-31, 1997.

MIRANDA, Carlos R. **Introdução à Saúde no Trabalho** São Paulo: Atheneu, 1998. 112p.

MIRSHAWKA, Victor. **Implantação da qualidade e da produtividade pelo método do Dr. Deming**: a vez do Brasil. São Paulo: McGraw-Hill, 1990. 395p.

MONTAGNIER, Luc. **Vírus e Homens**: AIDS: seus mecanismos e tratamentos. Tradução: Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. 240p. Título original: Des virus et des hommes. (Ciência e Cultura; Original francês).

MOREIRA, Maria D.; PIOVESAN, Ângelo; VIANNA, Nelson S. **Catálogo de ações, produtos e serviços em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1997. 243p.

NR-4 - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. In: Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST) / Central Única dos Trabalhadores (CUT). **Normas Regulamentadoras de Serviços de Saúde no Trabalho**. [s.l.]. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.instcut.org.br/index1.htm>>. Acesso em: 9 maio 2001.

NUNOMURA, Eduardo. Uma terapia simples salva bebês da AIDS: descoberta droga que é 250 vezes mais barata que o AZT e ajuda a evitar a contaminação. **Veja**, São Paulo, v.32, n. 29, p.90-92, 21 jul., 1999.

_____. Órfãos da AIDS: o Brasil conta o número de crianças cujas mães morrem do HIV: 30.000. **Veja**, São Paulo, v.33, n.6, p.64-67, 9 fev., 2000.

ODA, Leila M.; ROCHA, Sheila S.; TEIXEIRA, Pedro. AIDS Ocupacional: mitos e verdades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.23, n.87/88, p.57-68, nov., 1997.

PARKER, Richard. **A construção da solidariedade**: AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1994a. 144p. (História Social da AIDS; 3).

PARKER, Richard et al. (Org.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; IMS, UERJ, 1994. 360p. (História Social da AIDS; 2).

PASTORE, Karina. Noites perigosas: o medo da AIDS diminui, a prevenção afrouxa e cresce a infecção entre os gays jovens. **Veja**. Abril, 25 jul. 2001, ed. 1710. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/veja/250701/p_066.html>. Acesso em: 27 jul. 2001.

PATTO, Maria H. S. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. 3. ed. São Paulo: T.A. Queiroz, 1993. 385p. (Biblioteca de Psicologia e Psicanálise; 6).

PIOVESAN, Ângelo et al. Operacionalização do Programa de Prevenção. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Cap. V. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_5.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

PITTA, Áurea M. R. Estratégias de comunicação para a prevenção da AIDS: estudo de caso em Salvador, Bahia (Brasil). **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP, v.2, n.2, p.23-46, fev., 1998.

POLES, Cristina. Mulheres em risco: o sexo feminino já responde pela maior parte dos novos casos de AIDS em mais de 200 cidades do país. **Veja**, São Paulo, v.33, n.36, p.72-73, 6 set., 2000.

RAMIRO, Denise. A luta continua: americanos admitem a quebra de patentes para a produção de remédios mais baratos contra a AIDS. **Veja**, São Paulo, v.34, n.26, p.120-122, 4 jul., 2001.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e Democracia**. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1983 *apud* VASCONCELLOS, Celso. **Construção do conhecimento em sala de aula**. São Paulo: Libertad, 1995. 108p. (Cadernos Pedagógicos do Libertad; 2).

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação no contexto de epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESNIA, Dina et al. (Org.). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 84-105. (Saúde em Debate; 83).

SOLANO, Nelson. A AIDS no local de trabalho nos anos 80 e 90. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Introdução. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/introducao.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

SOLANO, Nelson; HILDENBRAND, Luci. Pressupostos básicos para a elaboração e implantação de Programas de Prevenção e Assistência em AIDS no local de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Cap. III. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_3.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

SOLANO, Nelson; PIOVESAN, Ângelo. Políticas de prevenção e assistência ao HIV/AIDS nas empresas. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Cap. IV. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_4.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

SOLANO, Nelson et al. A epidemia de AIDS no mundo, no Brasil e no local de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Cap. I. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_1.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

SZWARCWALD, Célia L; ANDRADE, Carla L. T.; CASTILHO, Euclides A. Estimativa do número de órfãos decorrente da AIDS materna, Brasil, 1987-1999: uma nota técnica. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico - AIDS**. Ano 12, n.4, semana epidemiológica 35-47/99, p. 9-15. Brasília, set.- nov., 1999.

SZWARCWALD, Célia L. et al. AIDS: o Mapa Ecológico do Brasil, 1982-1994. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Simpósio Satélite: a epidemia da AIDS no Brasil: situações e tendências**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1997. p. 27-44.

TEIXEIRA, Ricardo R. Modelos Comunicacionais e Práticas de Saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, SP, v.1, n.1, p.7-40, ago., 1997.

TERTO JÚNIOR, Veriano. A AIDS e o local de trabalho no Brasil. In: PARKER, Richard (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS : enfrentando a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; Zahar, 1997. Cap.5, p.135-162.

TRAUMANN, Thomas; MONTEIRO, Karla. Dormindo com o inimigo: sete em cada dez mulheres aidéticas são infectadas por seus maridos. **Veja**, São Paulo, v.31, n.43, p.114-121, 28 out., 1998.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VASCONCELLOS, Celso. **Construção do conhecimento em sala de aula**. São Paulo: Libertad, 1995. 108p. (Cadernos Pedagógicos do Libertad; 2).

VELOSO, Valdiléia G.; VASCONCELOS, Ana L.; GRINSZTEJN, Beatriz. Prevenção de transmissão vertical no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico - AIDS**. Ano 12, n.3, semana epidemiológica 22-34/99, p. 16-21. Brasília, jun.- ago., 1999.

VERMELHO, Letícia L.; SILVA, Luiza P.; COSTA, Antônio J. L. Epidemiologia da transmissão vertical de HIV no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico - AIDS**. Ano 12, n.3, semana epidemiológica 22-34/99, p. 5-7. Brasília, jun.- ago., 1999.

ZARIFIAN, Philippe. A gestão da e pela competência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO E COMPETÊNCIAS”, 1996, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: CIET/UNESCO/SENAI, 1996. p. 15-24.

ZAVARIZ, Cecília A. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS - e os programas educativos nos locais de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.19, n.73, p.43-48, mai./jun., 1991.

BIBLIOGRAFIA

AGGLETON, Peter. Monitoramento e avaliação de educação em saúde voltadas para o HIV/AIDS. In: CZERESNIA, Dina et al. (Org.). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 193-206. (Saúde em Debate; 83).

ALTMAN, Dennis. **Poder e Comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS**. Tradução: Hugo S. Melo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1995. 222p. Título original: Power and community: organizational and cultural responses to AIDS. (História Social da AIDS; 5).

AYRES, José R.C.M. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas ao abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: TOZZI, Devanil A.; SANTOS, Nivaldo Leal dos (Coord.). **Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e à DST/AIDS**. São Paulo: FDE: Diretoria de Projetos Especiais / Diretoria Técnica, 1996, p. 15-24. (Série Idéias; 29).

BARBOSA, Regina M.; VILLELA, Wilza V. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, Richard, GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1996. Parte 1, cap. 1, p. 17-32. (História Social da AIDS; 7).

BASTOS, Francisco I. Limitações estratégicas à implementação de estratégias preventivas relativas à disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. In: CZERESNIA, Dina et al. (Org.). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 167-192. (Saúde em Debate; 83).

BASTOS, Francisco I. Ruína e Reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1996a. 242p. (História Social da AIDS; 6).

_____. Cenas nubladas: a usuária de drogas injetáveis e a epidemia da AIDS. In: PARKER, Richard, GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1996b. Parte 1, cap. 3, p. 61-77. (História Social da AIDS; 7).

BERER, Merge; RAY, Sunanda. **Mulheres e HIV/AIDS:** um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais. Tradução: Anita G. Natividade e Miriam Botassi. São Paulo: Brasiliense, 1997. 512p. Título original: Women and HIV/AIDS.

BORGES, Nina R.A.C. **Mulheres e AIDS:** refletindo sobre o risco. 2000. 154f. Dissertação (Mestrado em Metodologia do Ensino) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS / Serviço Social da Indústria (SESI). **DST e AIDS no local de trabalho:** um estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas nas empresas trabalhadas pelo Sesi. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 92p.

BRASIL, Vera V. Grupos de mulheres e histórias de vida: por um processo de desnaturalização na prevenção do HIV. In: CZERESNIA, Dina et al. (Orgs). **AIDS:** pesquisa social e educação. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.106-121. (Saúde em Debate; 83).

BUCHER, Richard. O usuário de drogas injetáveis na política preventiva ao HIV/AIDS. In: CZERESNIA, Dina et al. (Org.). **AIDS:** pesquisa social e educação. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 147-166. (Saúde em Debate; 83).

_____. **Drogas e sociedade nos tempos de AIDS.** Brasília: Editora da UnB, 1996. 131p.

BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. (Org.). **Isto é trabalho de gente?:** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. 672p.

CAMARGO, Ana M.F. **A AIDS e a sociedade contemporânea**: estudos e histórias de vida. São Paulo: Letras e Letras, 1994. 384p.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth R. **As ciências da AIDS & A AIDS das ciências**: discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1994. 207p.

CODO, Iara et al. Diagnóstico de situação de AIDS no local de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/AIDS, 1998. Cap. II. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_2.htm>. Acesso em: 21 jan. 2001.

COSTA, Jurandir F. O homoerotismo diante da AIDS. In: DANIEL, Herbert, PARKER, Richard. **AIDS: a terceira epidemia**: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991. Cap. 6, p. 151-215.

CZERESNIA, Dina et al. (Org.). **AIDS**: pesquisa social e educação. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 206p. (Saúde em Debate; 83).

DALLABETTA, Gina; LAGA, Marie; LAMPTEY, Peter (Org.). **Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis**: Manual de Planejamento e Coordenação de Programas. Tradução: Luís E. S. Moraes et al. Rio de Janeiro: Te Corá; Associação Saúde Família (AIDSCAP / Brasil), 1997. 326p. Título original: Control for Sexually Transmitted Diseases: a Handbook for the Design and Management of Programs.

DANIEL, Herbert. **Vida depois da morte**. Rio de Janeiro: Jaboti, 1989. 63p.

FERNANDEZ, Osvaldo F. R. L. A prática da injeção de drogas, o uso comunitário de seringas e a redução dos riscos ao HIV. In: PARKER, Richard et al. (Org.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; IMS, UERJ, 1994. Cap. 9, p. 251-269. (História Social da AIDS; 2).

FRIEDMAN, Samuel R.; JARLAIS, Don D. A importância das estratégias de redução de danos ("Harm Reduction") para os países em desenvolvimento. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco I. (Org.). **Drogas e AIDS**: estratégias de redução de danos. São Paulo: HUCITEC, 1994. Introdução, p. 13-18. (Saúde em Debate; 75).

GADOTTI, Moacir. **Concepção Dialética de Educação: um estudo introdutório**. Campinas: Autores Associados; Cortez, 1983. 175p. (Coleção Educação Contemporânea).

GALVÃO, Jane. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS :enfrentando a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; Zahar, 1997. Cap. 4, p. 109-134.

GUIMARÃES, Carmen D. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível. In: PARKER, Richard et al. (Org.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; IMS, UERJ, 1994. Cap. 7, p. 217-250. (História Social da AIDS; 2).

GUIMARÃES, Kátia. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1996. Parte 2, cap. 5, p. 89-113. (História Social da AIDS; 7).

GUSMÃO, Marcos. A terceira fase da AIDS: remédios já permitem uma vida quase normal aos infectados, mas estão longe de significar a cura da doença. **Veja**, São Paulo, v.32, n. 43, p.84-86, 27 out., 1999.

HEBLING, Eliana M. **Mulheres e AIDS: relações de gênero e condutas de risco**. 1997. 125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **AIDS: o desafio final**. Tradução: Marilena Pires Caetano Ruas. São Paulo: Best-Seller, 1988. 300p. Título original: AIDS: the ultimate challenge.

LEFÉVRE, Fernando. AIDS (por exemplo): o que quer dizer “eu tenho informação ?”. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, SP, v.3, n.4, p.177, fev., 1999.

LUZ, Sérgio R. Droga: entre a vida e o vício. **Veja**, São Paulo, v.33, n. 31, p.82-83, 2 ago., 2000.

MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. 644p.

MESQUITA, Fabio C. HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis: a experiência no Brasil. In: CZERESNIA, Dina et al. (Org.). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 137-146. (Saúde em Debate; 83).

MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco I. (Org.). **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 216p. (Saúde em Debate; 75).

MOREIRA, Maria D.; PIOVESAN, Ângelo; VIANNA, Nelson S. **Catálogo de ações, produtos e serviços em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 243p.

O'HARE, Pat. Redução de danos: alguns princípios e ação prática. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco I. (Org.). **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: HUCITEC, 1994. Parte 2, cap. 4, p. 65-78. (Saúde em Debate; 75).

O'LEARY, Sally; CHENEY, Barbosa (Org.). **A tripla ameaça: AIDS e mulheres: Dossiê Panos**. Tradução: Ana Dourado. Rio de Janeiro: ABIA; Recife: SOS Corpo; Londres, Inglaterra: Panos Institute, 1993. 123p. Título original: Women and AIDS.

OLIVEIRA, Marco A. (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas: IE/UNICAMP, 1998a. 327p.

_____. **Economia & Trabalho: textos básicos**. Campinas: IE/UNICAMP, 1998b. 283p.

PAIVA, Vera. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, Richard et al. (Org.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; IMS, UERJ, 1994. Cap. 8, p. 231-250. (História Social da AIDS; 2).

PARKER, Richard. Diversidade sexual, análise sexual e educação sobre AIDS no Brasil. In: LOYOLA, Maria A. (Org.). **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UERJ, 1994b. p. 141-159.

PARKER, Richard (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS : enfrentando a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; Zahar, 1997. 182p.

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1996. 206p. (História Social da AIDS; 7).

PERLONGUER, Nestor. **O que é AIDS**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. 95p. (Coleção Primeiros Passos; 197).

PIMENTA, Sônia A. **AIDS**: uma doença, vários discursos. 1997. 105f. Dissertação (Mestrado em Metodologia do Ensino) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

POLIZZI, Valéria P. **Depois daquela viagem**: diário de bordo de uma jovem que aprendeu a viver com AIDS. 17. ed. Ática, São Paulo, 1999. 279p.

SAVIANI, Dermeval. **Do senso comum à consciência filosófica**. 12. ed. Campinas: Autores Associados, 1996. 247p. (Coleção Educação Contemporânea).

SOUZA, Herbert J. **A cura da AIDS**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 218p.

TEIXEIRA, Paulo R.; PAIVA, Vera; SHIMMA, Emi. (Org.). **Tá difícil de engolir ?**: experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids: 2000. 144p.

VILLELA, Wilza V. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre as mulheres. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1996. Parte 3, cap. 10, p. 181-189. (História Social da AIDS; 7).

VITÓRIA, Marco A. A.; TRINDADE, Damásio M. Assistência em DST/AIDS. Assistência em DST/AIDS. In: BRASIL. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência em DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília: MS/CN-DST/ADIS, 1998. Cap. VI. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevencao/man_diretriz/capitulo_6.htm>. Acesso em 21 jan. 2001.

WOODAK, Alex; JARLAIS, Don D. Estratégias para a prevenção de infecção pelo HIV entre usuários de drogas e destes para os seus parceiros. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco I. (Org.). **Drogas e AIDS**: estratégias de redução de danos. São Paulo: HUCITEC, 1994. Parte 2, cap. 7, p. 115-132. (Saúde em Debate; 75).

ANEXOS

ANEXO 1

Histórico das atividades e legislação/recomendações
sobre a AIDS no local de trabalho:
de 1983 a 2002

Histórico das atividades e legislação/recomendações sobre a AIDS no local de trabalho: de 1983 a 2001

A consulta a algumas referências bibliográficas (Ministério do Trabalho (MTb)/MS, 1988; MS/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990; Constituição Federal (1988), 1995; MTb, 1995; TERTO Jr, 1997; MTb/SSST, 1999; MS/CN-DST/AIDS, 1998a, 1998b, 1998c, 1998d, 1999, 2000, 2001b, [s.d.]a, [s.d.]b, [s.d.]c, [s.d.]d) possibilita o resgate das principais ações e leis até o momento desenvolvidas / promulgadas em torno da questão da AIDS no local de trabalho⁷⁵.

Entre 1983 e 1985 são iniciadas conversações entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e entidades representativas da classe trabalhadora em torno da luta contra a AIDS nos locais de trabalho. No entanto, como no início da pandemia a percepção sobre a doença estava vinculada à imagem do “homossexual rico”, algumas dessas entidades não consideraram a AIDS como um problema dos trabalhadores, dificultando e mesmo paralisando os debates.

Também em 1985 é criado o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS em São Paulo (GAPA/SP) que desde 1987 vem ministrando cursos de formação de agentes multiplicadores de educação/informação para prevenção da AIDS para vários profissionais, dentre eles, os da ARH de várias empresas. A partir de 1990, a entidade criou um curso de formação de multiplicadores⁷⁶ exclusivo para a realidade do local de trabalho.

Em 1986 é fundada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) no Rio de Janeiro. Merece destaque sua campanha “*A solidariedade é uma grande empresa*”, realizada entre 1991 e 1994, buscando a mobilização do setor empresarial no combate da AIDS.

75. Sobre a legislação, citarei as leis federais (promulgadas pelos Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Administração) e principais resoluções federais e estaduais de alguns Conselhos de Medicina. Contudo, há outras leis e resoluções estaduais e municipais que podem ser consultadas no site da CN-DST/AIDS, disponível em: <<http://www.aids.gov.br/c-geral/indice.htm>>.

76. Doravante, utilizarei o termo “*multiplicadores*” em referência aos agentes multiplicadores de educação/informação para prevenção da AIDS.

Em 1987 é criado o Centro Corsini na cidade de Campinas, no interior de São Paulo que presta serviços clínicos e ambulatoriais à população em geral, além de oferecer atividades de prevenção da AIDS para empresas. Atualmente o Corsini trabalha com o Grupo de Atenção à AIDS no Trabalho (GAAT), empresas e sindicatos da região de Campinas; a CN-DST/AIDS lança o projeto “*AIDS nas empresas*” visando a formação de multiplicadores através de parcerias com a comunidade e empresas; e o Conselho regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), através da Resolução nº 19/87, de 20 de agosto, obriga as Empresas de Medicina de Grupo, Seguradoras de Saúde e Cooperativas a atenderem todas as doenças relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID) pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 1988 é editada uma nova Constituição Federal na qual encontramos várias leis sobre a relação indivíduo-trabalho-AIDS (é garantido o acesso universal à saúde através de serviços de promoção, proteção e recuperação prestados pelo Sistema Único de Saúde - SUS; ao inibir a prática de discriminação dos direitos humanos é vedada a realização de exames sorológicos para detecção do HIV em trabalhadores e candidatos a empregos; é proibida a dispensa arbitrária ou sem justa causa do trabalhador; é garantida a inviolabilidade da integridade física, vida privada, honra e imagem da pessoa, sendo assegurado o direito à indenização por dano moral e/ou material decorrente de sua violação); os Ministérios do Trabalho (MTb) e da Saúde editam a Portaria Interministerial nº 3195 instituindo a Campanha Interna de Prevenção da AIDS (CIPAS) no local de trabalho, determinando às CIPAs a inclusão de ações de prevenção da AIDS em suas atividades; é promulgada a Lei nº 7670 que garante direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores portadores de HIV/AIDS; a OMS publica o “*Informe da Reunião Consultiva sobre HIV/AIDS no local de trabalho*” (realizada em Genebra, na Suíça). Esta publicação é considerada o documento mais importante da OMS sobre a AIDS no trabalho, tratando-se da definição de uma política sobre os direitos humanos dos trabalhadores vivendo com HIV/AIDS e as atividades educativas para prevenção da doença; a CN-DST/AIDS lança o documento “*AIDS no trabalho*” com recomendações para o estabelecimento de relações profissionais que não violem os direitos humanos no trabalho; o Centro de Referência e Treinamento (CRT) de São Paulo inicia atividades de formação de multiplicadores com profissionais da ARH de diversas empresas; e o organismo norte-

americano USAID (Agência Nacional para o Desenvolvimento Internacional) em parceria com a FIESP (Federação das Indústrias do Estado de São Paulo) e o SESI (Serviço Social da Indústria) promovem, de 1988 a 1992, através dos projetos AIDSCOM e AIDSTECH, várias ações em relação ao HIV/AIDS no local de trabalho, dentre elas, a formação de multiplicadores, a produção de materiais informativos e trabalhos de sensibilização de diretorias, gerências e chefias.

No período de 1988 até o início da década de 90 ocorrem vários eventos: o Ministério da Saúde em cooperação com empresas, ONGs e sindicatos, desenvolvem, em âmbito nacional, diversas ações para o enfrentamento da doença. Essas atividades vão se refletir na elaboração e implementação de formas efetivas e sistematizadas de programas de prevenção e assistência à AIDS no local de trabalho; a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo desenvolve um projeto de formação de multiplicadores para profissionais da ARH de diversas empresas. Por questões financeiras e políticas a experiência foi desativada, sendo retomada em 1996; o Governo Federal e a Universidade de Brasília (UnB) realizam uma pesquisa com 10.000 empresas sobre as atividades de prevenção e assistência por elas desenvolvidas. Os resultados são apresentados na “VI Conferência Internacional de AIDS” em São Francisco, nos Estados Unidos, e serviram de base para a elaboração de materiais educativos para as empresas; e a expansão da doença e o surgimento de casos de contaminação pelo HIV no quadro de empregados tiveram como efeito um maior engajamento das empresas no trabalho de luta contra a AIDS. As empresas passaram a buscar apoio dos setores sociais que já estavam envolvidos na questão.

Em 1990 é criada a Lei nº 8112 sobre o direito de aposentadoria dos servidores públicos civis federais doentes de AIDS.

Em 1991 é editada a Lei nº 8213 que também garante direitos trabalhistas e previdenciários aos portadores de HIV/AIDS; e o GAPAR/RS implanta o projeto “*Empresa Segura*” para a promoção da prevenção da AIDS em empresas.

Em 1992 os Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Administração editam a Portaria Interministerial nº 869 proibindo a testagem para detecção do HIV, nos exames pré-admissionais e periódicos, em servidores públicos federais; o Conselho Federal de Medicina (CFM) edita a Resolução nº 1359 que trata do atendimento aos portadores de HIV/AIDS, garantindo o sigilo profissional a esses pacientes (salvo a quebra por

autorização dos pacientes, dever legal ou justa causa) e impede o exercício de práticas discriminatórias em relação à AIDS (incluindo a testagem para detecção do HIV, nos exames pré-admissionais e periódicos, em trabalhadores e candidatos a emprego); o Conselho Diretivo do Fundo de Participação do PIS/PASEP edita a Resolução nº 2 liberando os valores do PIS/PAESP aos titulares não aposentados vítimas da AIDS; a CN-DST/AIDS elabora o “*Projeto de Controle de DST/AIDS*”, com a inclusão, no componente “*Prevenção*”, do subcomponente “*AIDS no local de trabalho*”; é criada a Comissão Nacional de Prevenção à AIDS da Central Única dos Trabalhadores (CUT); a USAID em convênio com a FIESP e o SESI, com o término dos projetos AIDSCOM e AIDSTECH, implantam o AIDSCAP, dando seqüência às atividades desenvolvidas nos projetos anteriores; a USAID é convidada pela CN-DST/AIDS a participar da reformulação do Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS); e, ainda, a USAID (através do AIDSCAP) em parceria com a Companhia das Américas patrocinam o “I Seminário Internacional de AIDS nas empresas”.

Entre 1992 e 1995 ocorrem diversos seminários, em nível nacional, sobre as ações de prevenção e assistência à AIDS no local de trabalho.

Em 1993 é implantado o “*Programa Brasileiro de Prevenção e Controle de DST e AIDS I*” (AIDS I), com recursos do Governo (Federal, Estadual e Municipal) e do Banco Mundial. O financiamento compreende os anos de 1993 a 1998. Dentre os doze projetos voltados para os locais de trabalho, três são administrados pela CUT; o CFM edita a Resolução nº 1401 que obriga as Empresas de Medicina de Grupo, Seguradoras de Saúde e Cooperativas a atenderem todas as doenças relacionadas no CID pela OMS; e o Grupo Pela Vida publica a primeira edição do livro “*Direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS*”, coordenado pela Dr^a Miriam Ventura.

Em 1994 a CN-DST/AIDS concebe globalmente o subcomponente “*AIDS no local de trabalho*” como parte integrante do PN-DST/AIDS. Inicialmente, por dificuldades operacionais diversas, a proposta não consegue ser implementada no nível macro-estrutural. Porém, ainda nesse ano e no seguinte, sucedem-se várias atividades desenvolvidas pelo governo, empresas, ONGs e centrais sindicais; e o Grupo Pela Vida publica a segunda edição do livro “*Direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS*”.

Em 1995 ocorre, em São Paulo, o “II Seminário Internacional de AIDS nas empresas”; a CN-DST/AIDS patrocina o “Fórum Nacional sobre prevenção às DST/AIDS no local de trabalho” e edita o documento *“Legislação sobre DST e AIDS no Brasil”*; e o Grupo Pela Vida publica a cartilha *“Assessoria e Orientação Jurídica: Conquistas”*.

Em 1996 é promulgada a Lei nº 9313 regulamentando a obrigatoriedade da distribuição gratuita, pelo SUS, de medicamentos para o tratamento de portadores de HIV/AIDS; a CN-DST/AIDS elabora, com o apoio de consultoria externa, o *“Plano Estratégico trianual (1996-1998) de prevenção, controle e assistência às DST/AIDS no local de trabalho”*; e ocorrem dois “Fórum Nacional sobre AIDS no local de trabalho”: em Florianópolis (Santa Catarina), reunindo representantes (governo, empresas, ONGs e sindicatos) das Regiões Sul e Sudeste, e em Manaus (Amazonas), reunindo representantes das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Em 1997 a Portaria nº 390 institui o Comitê Assessor para o Controle e Prevenção de DST/AIDS no local de trabalho; a CN-DST/AIDS publica o *“Catálogo de ações, produtos e serviços em DST/AIDS no local de trabalho”* e edita a primeira edição de *“HIV nos tribunais”*.

Em 1998 é promulgada a Portaria nº 3717 criando o Conselho Empresarial Nacional para a Prevenção do HIV/AIDS; a CN-DST/AIDS edita o *“Manual de diretrizes técnicas para a elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência de DST/AIDS no local de trabalho”*, a pesquisa *“DST/AIDS no local de trabalho: um estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas nas empresas trabalhadas pelo SESI”* e a segunda edição, revisada e ampliada, de *“HIV nos tribunais”*; também ocorre, em São Paulo, o “I Seminário para jornalistas sobre DST/AIDS no local de trabalho”.

Em 1999 é implantado o *“Programa Brasileiro de Prevenção e Controle de DST e AIDS II”* (AIDS II), também com recursos do Governo (Federal, Estadual e Municipal) e do Banco Mundial. Com o AIDS II, em 1999 foram financiados 12 projetos para a prevenção de DST/AIDS e uso indevido de drogas no local de trabalho beneficiando 160.000 trabalhadores, além de campanhas que cobriram 4.000.000 de trabalhadores. Também foram confeccionados 10.000 exemplares do *“Manual do Multiplicador”* para reforçar ações de prevenção em 200 empresas. Em 2000 foram financiados, monitorados e supervisionados os 12 projetos anteriores e mais 4 outros projetos abrangendo 170.000

trabalhadores. Também foram distribuídos cerca de 11.000.000 preservativos. De janeiro a março de 2001 os 16 projetos beneficiaram cerca de 40.000 trabalhadores. Até o final desse ano foi estimado que esses projetos atingissem 170.000 trabalhadores. Também foram distribuídos cerca de 11.000.000 preservativos para 4.000.000 de trabalhadores. Ainda foram realizadas campanhas informativas por sindicatos, instituições do sistema “S” (como SESI, SESC, SEST e SENAC) e empresas por ocasião do Carnaval, Dia da Mulher, Dia dos Namorados, 1º de maio e 1º de dezembro; e a Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (SSST), do Ministério do Trabalho, edita a Portaria nº 8 alterando a Norma Regulamentadora nº 5 (NR5) que dispõem a CIPA. Dentre as várias alterações, atribui-se às CIPAs, em conjunto com as empresas, a responsabilidade pela realização das CIPAS Campanha Interna de Prevenção à AIDS). Também obriga as empresas a fornecerem “treinamento” aos membros das CIPAs sobre noções e medidas de prevenção da AIDS. Em 2000, no “Fórum 2000 de AIDS”, realizado no Rio de Janeiro, deu-se a configuração do Conselho Empresarial dos Países do Mercosul, seguindo o modelo do Conselho Empresarial Nacional para a Prevenção do HIV/AIDS.

ANEXO 2

Modelo do documento

“Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa”
para os profissionais da empresa

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

- Instituição : Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Faculdade de Educação
Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde - PRAESA
- Pesquisa : Atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS no local de trabalho: análise crítica de um estudo de caso
- Responsável : Luís Marcelo Alves Ramos
- Orientadora : Prof^a Dr^a Maria Helena Salgado Bagnato
- Objetivo : A pesquisa tem como objetivo a produção de uma análise crítica acerca dos aspectos teórico-metodológicos das práticas de Educação em Saúde que orientam o Programa de Prevenção da AIDS de uma empresa de grande porte do município de Campinas, SP.

Ao

Sr. [nome do profissional entrevistado]

Data: **/**/01

Solicitamos sua participação na pesquisa para a concessão de uma entrevista. Contudo, ressaltamos seu direito de recusa à participação sem que haja qualquer transtorno.

Destacamos que este trabalho é desenvolvido dentro dos princípios éticos que regem a atividade de pesquisa.

Assim, garantimos o sigilo sobre a identidade da empresa onde se desenvolve o estudo, bem como dos trabalhadores entrevistados.

Também garantimos aos entrevistados o direito de receber esclarecimentos sobre eventuais dúvidas, antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho.

Concordo em conceder a entrevista e aceito os termos éticos que regem a pesquisa:

[nome do entrevistado]

Luís Marcelo Alves Ramos

ANEXO 3

Modelo do documento

“Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa”
para o representante do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Campinas

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Instituição : Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Faculdade de Educação
Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde - PRAESA

Pesquisa : Atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS no local de trabalho: análise crítica de um estudo de caso

Responsável : Luís Marcelo Alves Ramos

Orientadora : Prof^a Dr^a Maria Helena Salgado Bagnato

Objetivo : A pesquisa tem como objetivo a produção de uma análise crítica acerca dos aspectos teórico-metodológicos das práticas de Educação em Saúde que orientam o Programa de Prevenção da AIDS de uma empresa de grande porte do município de Campinas, SP.

Ao

Sr. [nome do representante sindical]

Data: **/**/01

Solicitamos sua participação na pesquisa para a concessão de uma entrevista. Contudo, ressaltamos seu direito de recusa à participação sem que haja qualquer transtorno.

Destacamos que este trabalho é desenvolvido dentro dos princípios éticos que regem a atividade de pesquisa.

Assim, garantimos o sigilo sobre sua identidade.

Também garantimos à instituição o direito de receber esclarecimentos sobre eventuais dúvidas, antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho.

Concordo em conceder a entrevista e aceito os termos éticos que regem a pesquisa:

[nome do entrevistado]

Luís Marcelo Alves Ramos

ANEXO 4

Roteiro da entrevista semi-estruturada com o
Gerente da Administração de Recursos Humanos

**Roteiro da entrevista semi-estruturada com o
Gerente da Administração de Recursos Humanos**

- 01) Vou iniciar pedindo que você fale sobre sua formação, seu cargo e tempo de serviço na empresa e, também, descreva resumidamente suas atividades.
- 02) Como eu disse, o nome da empresa vai permanecer em sigilo, porém, por questões metodológicas inerentes à pesquisa, preciso caracterizar a natureza e o local onde realizo o estudo de campo, bem como contextualizar a população estudada. Então, peço que você fale sobre a empresa. História, tempo no Brasil, distribuição geográfica, ramo de atividade, produtos e serviços, mercado.
- 03) Como se dá a distribuição dos trabalhadores na empresa ?
Como é a jornada e distribuição de turnos de trabalho ?
- 04) A empresa possui algum estudo, pesquisa, sobre as condições de vida dos trabalhadores ?
Fale-me sobre ele.
- 05) Quais são os benefícios sociais que a empresa oferece ?
São extensivos à família ?
São oferecidos aos trabalhadores terceirizados e seus familiares ?
- 06) Estamos vivendo, já há um tempo considerável, intensas transformações no mundo do trabalho.
Como isso afetou / afeta a empresa ?
E os trabalhadores ?
- 07) Que programas educativos a empresa tem oferecido aos trabalhadores ?
Os programas abrangem todos os trabalhadores ou uma parcela ?
- 08) Quais são os programas de Educação em Saúde oferecidos pela empresa ?

- 09) A Administração de Recursos Humanos participa das atividades de prevenção e assistência à AIDS ?
Como ?
- 10) Fale-me sobre a relação entre a Administração de Recursos Humanos e os serviços de saúde da empresa.
- 11) O sindicato tem participado das questões de saúde na empresa ? Como ? Em relação à AIDS ?
- 12) Para finalizar, gostaria de saber sobre sua expectativa em relação a essa pesquisa. Se há alguma dúvida, curiosidade, observação ou mesmo crítica.

ANEXO 5

Roteiro da entrevista semi-estruturada com o
Médico do Trabalho

Roteiro da entrevista semi-estruturada com o Médico do Trabalho

- 01) Vou iniciar pedindo que você fale sobre sua formação, seu cargo e tempo de serviço na empresa e, também, descreva resumidamente suas atividades.

Os serviços de saúde da empresa

- 02) Como estão organizados os serviços de saúde da empresa ? Como se relacionam ?
Quais são os profissionais que os compõem ?
- 03) Quais são os serviços oferecidos ?
São extensivos à família ? Aos trabalhadores terceirizados ?
Quando as demandas não são atendidas na empresa, para onde são encaminhadas ?
- 04) Que avaliação você faz desses serviços ?
- 05) Quais são os benefícios sociais oferecidos ?
São extensivos à família ? Aos trabalhadores terceirizados ?
Que avaliação você faz desses benefícios ?
- 06) Quais são as principais demandas dos trabalhadores ?
E os principais motivos de preocupação para a empresa ?
- 07) Uma vez que estamos falando sobre a questão da saúde e, mais especificamente, da saúde do trabalhador, gostaria de saber qual é o seu “ideal” de saúde e saúde do trabalhador ?
É possível a aplicação desse “ideal” no dia-a-dia ?
- 08) Estamos vivendo, há um tempo considerável, intensas transformações no mundo do trabalho. Como isso afeta a saúde dos trabalhadores ?
Como a empresa enfrenta isso ?

09) Como é a atuação do Sindicato nas questões de saúde da empresa ?

10) A empresa oferece programas de Educação em Saúde ?

Quais ? Quando ? Que atividades são desenvolvidas ? Como ?

Relação da empresa com a AIDS

11) Que atividades de atenção à AIDS a empresa desenvolve ?

Quando e por que essas atividades passaram a ser desenvolvidas ?

Quais profissionais participam dessas atividades ?

Há articulação com outras instituições ?

12) Nos casos de contaminação pelo HIV, como vocês lidam:

- com o trabalhador quando apresenta incapacitações físicas ?

- com a reação dos outros trabalhadores ?

13) Há procura pelo exame para detecção do HIV ?

Há testes admissionais ou periódicos ?

No caso de resultado positivo, como vocês reagem ?

14) Como vocês lidam com a AIDS enquanto risco ocupacional para os profissionais do ambulatório ?

15) O Sindicato desenvolve atividades de atenção à AIDS na empresa ?

E o governo ?

Programa de Prevenção da AIDS

16) A empresa realizou algum estudo, pesquisa, com os trabalhadores sobre a AIDS ?

17) Que atividades de Educação em Saúde para prevenção da AIDS a empresa desenvolve?

São articuladas com outras atividades de Educação em Saúde ?

Como se dá o planejamento dessas atividades ?

18) Sobre essas atividades:

- quais são os objetivos ?
- quando ocorrem ?
- qual é a abrangência ?
- é incentivada a participação ?
- de quais instituições vêm os educadores ?
- quais dimensões/conhecimentos sobre AIDS são abordadas ?
- como é a interação entre educadores e educandos ?
- há distribuição de preservativos ?

19) Há alguma procura por orientação sobre DSTs e AIDS ?

20) Como vocês avaliam se o programa vem alcançado seus objetivos ?

Há algum acompanhamento junto aos trabalhadores ?

21) Independente de uma avaliação formal, como você avalia essas atividades ?

22) Qual é sua percepção sobre a AIDS na atualidade ?

Encerramento

23) Para finalizar, gostaria de saber sobre sua expectativa em relação a essa pesquisa.

Também, se há alguma dúvida, curiosidade, observação e mesmo crítica.

ANEXO 6

Roteiro da entrevista semi-estruturada com o
representante do empregador na CIPA

**Roteiro da entrevista semi-estruturada com o
representante do empregador na CIPA**

- 01) Vou iniciar pedindo que você fale sobre seu cargo, tempo de serviço na empresa e sua participação nas atividades da CIPA.
- 02) Como é a composição da CIPA ?
- 03) Quais são as principais preocupações da CIPA ?
- 04) Que percepção a CIPA possui sobre a AIDS ?
- 05) Quais atividades de prevenção da AIDS a empresa desenvolve ?
Qual é o papel da CIPA nessas atividades ?
- 06) Como a CIPA avalia as atividades de prevenção da AIDS na empresa ?
- 07) Os trabalhadores estão preparados para o convívio com um colega de trabalho soropositivo ?
- 08) Para finalizar, gostaria de saber sobre sua expectativa em relação a essa pesquisa. Também, se há alguma dúvida, curiosidade, observação e mesmo crítica.

ANEXO 7

Roteiro da entrevista semi-estruturada com o
representante dos empregados na CIPA

**Roteiro da entrevista semi-estruturada com o
representante dos empregados na CIPA**

- 01) Vou iniciar pedindo que você fale sobre seu cargo, tempo de serviço na empresa e sua participação nas atividades da CIPA.
- 02) Como é a composição da CIPA ?
- 03) Quais são as principais preocupações da CIPA ?
- 04) Que percepção a CIPA possui sobre a AIDS ?
- 05) Quais atividades de prevenção da AIDS a empresa desenvolve ?
Qual é o papel da CIPA nessas atividades ?
- 06) Como a CIPA avalia as atividades de prevenção da AIDS na empresa ?
- 07) Os trabalhadores estão preparados para o convívio com um colega de trabalho soropositivo ?
- 08) Para finalizar, gostaria de saber sobre sua expectativa em relação a essa pesquisa. Também, se há alguma dúvida, curiosidade, observação e mesmo crítica.

ANEXO 8

Roteiro da entrevista semi-estruturada com o
representante do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Campinas

**Roteiro da entrevista semi-estruturada com o
representante do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Campinas**

- 01) Vou iniciar pedindo que você fale sobre seu cargo e tempo de trabalho no sindicato e descreva resumidamente suas atividades ligadas à saúde dos trabalhadores.
- 02) Fale-me sobre a concepção de “saúde” e “saúde do trabalhador” utilizada pelo sindicato.
- 03) Qual tem sido o papel do sindicato na questão da saúde do trabalhador ?
- 04) Como é a atuação do sindicato no campo da Educação em Saúde ?
- 05) Qual tem sido seu papel na relação AIDS-trabalhador ?
- 06) Que percepção o sindicato possui sobre a AIDS ?
Há propostas e atividades sindicais voltadas para a prevenção da AIDS entre os trabalhadores ?
Como se configuram ?
Estão articuladas com outras instituições ?
- 08) Como o sindicato avalia as atividades de prevenção da AIDS das empresas ?
- 09) Os trabalhadores estão preparados para o convívio com um colega de trabalho soropositivo ?
- 10) Para finalizar, gostaria de saber sobre sua expectativa em relação a essa pesquisa. Também, se há alguma dúvida, curiosidade, observação e mesmo crítica.

ANEXO 9

Conteúdo das palestras ministradas pelo Médico do Trabalho
durante a SIPAT

9.1. Palestra sobre “Saúde Ocupacional”

Forma de apresentação : comunicação oral acompanhada de 17 slides de Datashow

Conteúdo dos slides:

Slide 01:

Saúde Ocupacional

Dr. <nome>

Médico do Trabalho

Especialista pela ANAMT / AMB

Slide 02:

Triângulo Epidemiológico

- Agente
- Hospedeiro
- Meio ambiente

Slide 03:

Agente

- Biológico
- Físico
- Químico
- Mecânico / Ergonômico
- Etc.

Slide 04:

Hospedeiro

- Hábitos
- Idade
- Sexo
- Grupo étnico
- Ocupação
- Fatores intrínsecos (ex.: genótipo)
- Etc.

Slide 05:

Meio ambiente

- Físico (clima, estações, geografia, etc.)
- Biológico (universo das coisas vivas que nos rodeiam)
- Social
- Econômico

Slide 06:

História Natural da Doença (Leavell & Clark)

- Período Pré-Patogênico: associado ao que ocorre no Triângulo Epidemiológico (agente, hospedeiro, meio ambiente)
- Período Patogênico, portador de um “horizonte clínico”. Subdivide-se em:
 - Fase subclínica
 - Fase clínica (morte, cronificação da doença, cura com seqüela ou cura)

Slide 07:

Introdução

- Área da Medicina que se ocupa da prevenção, manutenção e controle da saúde do trabalhador
- Atuação:
 - Prevenção primária (pré-patogênese)
 - Prevenção secundária (patogênese)
 - Prevenção terciária (patogênese)

Slide 08:

Tópicos de discussão

- Prevenção primária:
 - Promoção da saúde
 - Proteção específica
- Prevenção secundária:
 - Diagnóstico precoce e tratamento imediato
 - Limitação da incapacidade
- Prevenção terciária:
 - Reabilitação

Slides 09 e 10:

Promoção da saúde

- Programas dirigidos ao trabalhador
- Ajustamento do trabalhador à sua ocupação
- Aconselhamento de saúde
- Programas de Saúde Mental
- Programas de Saúde Ambiental (projeto fisiológico de máquinas / higiene das instalações do trabalhador / educação em saúde)
- Educação em higiene e segurança do trabalho
- Condições de vida e trabalho que assegurem a satisfação das necessidades humanas básicas
- Ambiente isento de riscos ocupacionais
- Condições que contribuem para a prevenção de alcoolismo, uso de drogas, tabagismo, vida sedentária, obesidade, doenças mentais e doenças transmissíveis

Slides 11 e 12:

Proteção específica

- Imunização
- Colocação e manutenção do trabalhador em ambiente saudável
- Proteção contra acidentes e doenças ocupacionais
- Provisão de EPI adequada com orientação e aconselhamento sobre seu uso
- Treinamento em Primeiros Socorros adequado às necessidades do trabalhador e aos riscos existentes na empresa e na comunidade
- Treinamento para atuação em emergências ou no controle de situações de pânico
- Provisão de meios para atuação eficaz da CIPA
- Atenção à saúde e segurança em casos especiais como o da mulher, do menor, do idoso e do deficiente

Slides 13 e 14:

Diagnóstico precoce e tratamento imediato

- Incapacidade relacionada à ocupação
- Adoção de medidas eficazes (individuais e coletivas) para o diagnóstico precoce de doenças ocupacionais
- Exames de triagem
- Exames de saúde adequados à idade, sexo, cargo ou função e à procedência e condições de saúde do trabalhador
- Cura e impedimento do avanço de qualquer doença ocupacional ou não
- Impedimento da propagação de doenças transmissíveis
- Redução do tempo de afastamento do trabalho por doença

Slide 15:

Limitação da incapacidade

- Exames pré-admissionais
- Exames periódicos
- Assistência eficaz em emergência de saúde
- Provisão de recursos para limitar a incapacidade e a morte
- Supervisão e controle permanente dos empregados com problemas crônicos de saúde
- Vigilância Epidemiológica

Slide 16:

Reabilitação

- Reintegração ao trabalho e à comunidade
- Colaboração com os serviços hospitalares e comunitários para educação e treinamentos a fim de possibilitar a utilização máxima das capacidades restantes do trabalhador
- Assistência ao empregado em fase de reabilitação no trabalho
- Educação dos empregados e empregadores para aceitação dos reabilitados

Slide 17:

Situação no Brasil

- CLT (Lei nº 6.514 de 22 de dezembro de 1977)
- Normas Regulamentadoras (NR) aprovadas pela portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978
- NR 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (Quadro II - dimensionamento do SESMT e Quadro IV - Doenças ocupacionais)
- NR 7 - PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (Portaria nº 24 de 29 de dezembro de 1994)

9.2. Palestra sobre “Prevenção da AIDS”

Forma de apresentação : comunicação oral acompanhada de 10 slides de Datashow

Conteúdo dos slides:

Slide 01:

DST / AIDS

Dr. <nome>

Médico do Trabalho

Slide 02:

AIDS - Síndrome Imunodeficiência Adquirida

- Introdução
- Transmissão
- Prevenção
- Teste anti-HIV
- Tratamento

Slide 03:

Introdução

- 1º caso no mundo: ocorreu em 1976 nos E.U.A.
- 1º caso no Brasil: ocorreu em 1981 em São Paulo
- Número atual no Brasil:
 - 550 mil positivos
 - 110 mil doentes
- Maior contaminação:
 - Adolescentes de 15 a 20 anos (uso de drogas)
 - Mulheres

Slide 04:

Transmissão

- Sangue:
 - Transfusão (5%)
 - Agulhas / seringas não descartáveis
 - Socorro sem devida proteção
 - Barbeiro / manicure
 - Dentista
- Sexo
 - Oral
 - Anal
 - Vaginal

Slide 05:

Transmissão - Secreções que contêm o vírus

- Esperma
- Líquido pré-espermático
- Vaginal
- Saliva não é contaminante

Slide 06:

Prevenção

- Janela Imunológica (produção de anticorpos):
 - Mínimo : 1 ½ mês
 - Média : 3 meses
 - Máximo : 6 meses
- Incubação : média = 11 anos
- Condições que favorecem o desenvolvimento da doença:
 - Alimentação
 - Estilo de vida
 - Fatores psicológicos
 - Tratamento e diagnóstico tardios

Slide 07:

Teste anti-HIV

- PCR - não necessita esperar a formação de anticorpos (usado para transplantes de órgãos). Custo elevado
- ELISA - mais comum, possui boa confiabilidade
- IFI (Imunofluorescência Indireta) - usado em lugar do ELISA
- Western Blot - confirmatório

Obs.: “Não utilizar banco de sangue para realizar teste diagnóstico!!!”

Slide 08:

Tratamento

- Específicos:
 - Antivirais = “coquetel” (ex.: inibidores de transcriptase reversa / inibidores de protease)
- Doenças secundárias (ex.: pneumonia, tuberculose, toxoplasmose, etc.)
- Profilaxias
- Outras terapêuticas

Slide 09:

AIDS hoje = auto-estima

Slide 10:

A.I.D.S.

Só está protegido quem está bem informado

ANEXO 10

Conteúdo dos cartazes do Ministério da Saúde
sobre prevenção da AIDS

10.1. Cartaz “Saiba como se pega AIDS”

Fonte de aquisição : Posto de Saúde da Vila Padre Anchieta - Campinas (SP)

Local de apresentação : entrada da fábrica

Dimensões : largura : 44 cm
comprimento : 64 cm

Saiba como se pega AIDS.

Assim pega.	Assim não pega.
<ul style="list-style-type: none">• Sexo na boca• Sexo na vagina• Sexo anal• Uso de seringa por mais de uma pessoa• Transfusão de sangue contaminado• De mãe contaminada para seu filho durante a gravidez ou no parto• Instrumentos que furam ou cortam não esterilizados	<ul style="list-style-type: none">• Suor• Beijo no rosto• Aperto de mão/ abraço• Sabonete/toalha• Talheres/copo• Picada de inseto• Assento de ônibus• Piscina• Banheiro• Doação de sangue• Pelo ar

Seja vivo. Evite a AIDS.

BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

0000-01-1997
Linha grátis

10.2. Cartaz “Doenças Sexualmente Transmissíveis. É preciso tratar. É preciso evitar”

Fonte de aquisição : Posto de Saúde da Vila Padre Anchieta - Campinas (SP)

Local de apresentação : sala de recepção do Ambulatório Médico

Dimensões : largura : 44 cm
comprimento : 64 cm

Conteúdo informativo :

Doenças Sexualmente Transmissíveis. É preciso tratar. É preciso curar.

O que é DST ?

São Doenças Sexualmente Transmissíveis, tais como sífilis, gonorréia, tricomonas, herpes, crista de galo, cancro mole e outras doenças venéreas.

Como reconhecer ?

Os sinais aparecem no pênis, na vagina e no ânus. Feridas, verrugas ou corrimentos podem ser DST.

O que fazer ?

Procure tratamento num Posto de Saúde e siga a recomendação do médico. O seu parceiro ou parceira também deve se tratar, senão um passa para o outro de novo.

O que não fazer ?

Não tome nem passe remédios por conta própria. Só um médico pode indicar o tratamento correto.

Qual é o perigo ?

Quando não descobertas ou tratadas a tempo, as DST podem causar sérias complicações e até a morte. Mulheres grávidas podem abortar ou o bebê pode nascer com graves defeitos. Além disso, essas doenças aumentam o risco de você pegar o vírus da AIDS.

Como evitar ?

Para evitar as DST, inclusive a AIDS, reduza o número de parceiros sexuais e use sempre camisinha.

Informações de rodapé:

- Em caso de dúvida, é só ligar. Você não paga nada para saber de tudo.
Disque Saúde: 0800-611997
- Ministério da Saúde
- Governo Federal

10.3. Cartaz “Quem ama usa”

Fonte de aquisição : Posto de Saúde da Vila Padre Anchieta - Campinas (SP)

Local de apresentação : sala de recepção do Ambulatório Médico

Dimensões : largura : 64 cm
comprimento : 44 cm

Imagem:

A mão direita de um homem colocando um preservativo masculino (enrolado), como se fosse uma aliança, no dedo anular esquerdo de uma mulher

Conteúdo informativo :

Quem ama usa.

Não leve a AIDS para casa. Use camisinha.

Informações de cabeçalho:

- Ministério da Saúde
- Disque Saúde: 0800-611997

Informações de rodapé:

- Ministério da Saúde
- Governo Federal. Trabalhando em todo o Brasil

10.4. Cartaz “Você não pega AIDS por compartilhar o mesmo banheiro usado por alguém com o vírus”

Fonte de aquisição : Posto de Saúde da Vila Padre Anchieta - Campinas (SP)

Local de apresentação : sanitário da sala de recepção do Ambulatório Médico

Dimensões : largura : 21,5 cm
comprimento : 28,0 cm

Conteúdo informativo :

Você não pega AIDS por compartilhar o mesmo banheiro usado por alguém com o vírus

ANEXO 11

Conteúdo do panfleto do Ministério da Saúde
sobre prevenção da AIDS

11.1. Panfleto “Sabe o que acontece quando um amigo seu pega o vírus da AIDS ?”

Fonte de aquisição : CTA/COAS da Prefeitura Municipal de Campinas

Época de distribuição : SIPAT - maio de 2001

População atingida : todos os funcionários

Conteúdo informativo:

Sabe o que acontece quando um amigo seu pega o vírus da AIDS ?

Ele continua sendo seu amigo.

Se um amigo seu pega o vírus da AIDS, não mude o jeito de tratá-lo. O fato de ele ter o vírus da AIDS não quer dizer que ele esteja doente, nem que deixou de ser competente no trabalho. A AIDS não o fez deixar de ser o mesmo cara legal, companheiro e gente boa que sempre foi. Ele continua sendo seu amigo. Não deixe de ser amigo dele.

O que é AIDS ?

- A AIDS acontece quando uma pessoa é infectada pelo HIV e apresenta doenças oportunistas. Este vírus ataca as células do sistema de defesa, justamente as que protegem o corpo contra outras infecções.
- A pessoa fica mais vulnerável ao ataque de outras doenças, como, por exemplo, pneumonia, tuberculose e meningite. São as chamadas infecções oportunistas.
- O HIV vive no sangue e nas secreções da pessoa infectada. Por isso, a AIDS só pode ser transmitida por relação sexual sem camisinha, pelo sangue contaminado, e da mãe para o filho durante a gravidez ou no parto.
- Você tem que saber que a AIDS não ataca apenas homossexuais, usuários de drogas injetáveis e pessoas que receberam transfusão de sangue, como se acreditava até alguns anos atrás.
- Quem tem Doença Sexualmente Transmissível - DST (gonorréia, sífilis, cancro, crista-de-galo e herpes) está mais sujeito a pegar AIDS. Estas doenças provocam feridas nos órgãos genitais, que são uma porta aberta para a entrada do HIV.
- O que faz você estar sujeito a pegar AIDS é o comportamento de risco.

O que é comportamento de risco ?

- É tudo o que você faz que aumenta sua chance de pegar o vírus da AIDS.
Por exemplo:
 - Transar sem camisinha (inclusive sexo oral). Durante uma transa, os órgãos sexuais sofrem pequenos cortes, invisíveis a olho nu, que facilitam a transmissão do vírus de uma pessoa para outra. Por isso é importante usar a camisinha;
 - Compartilhar seringas e agulhas que outros usaram.

Estenda a mão ao seu amigo HIV positivo.

- Você não pega o vírus da AIDS pelo ar, por um aperto de mão, um abraço ou por dar atenção para um amigo contaminado.
- Também não pega o vírus da AIDS usando os mesmos pratos, copos e talheres, nem usando o mesmo banheiro que seu colega de trabalho.
- A convivência com os amigos e colegas ajuda seu amigo a ter forças para enfrentar a AIDS.
- O seu colega tem o direito de continuar trabalhando.
- Com o trabalho, o portador do HIV tem maiores condições psicológicas e financeiras para enfrentar o tratamento.
- Se você descobrir um amigo ou colega de trabalho com o vírus da AIDS e não estiver seguro sobre a doença, procure informar-se sobre o assunto. Não finja que o caso não existe e que você não tem nada a ver com isso. A AIDS é um problema de todos nós.
- Não abandone seu amigo com AIDS. Ele precisa, mais do que nunca, da sua amizade e da sua força. Um ombro amigo é um dos melhores tratamentos para a AIDS.
- Perder a convivência com os amigos é muito pior que perder a saúde.

Colabore com a sua empresa em busca de soluções.

- Proponha para a sua empresa a criação de programas de prevenção.
- Sempre que você tiver uma oportunidade, explique para seus colegas de trabalho como evitar a AIDS e a discriminação.
- Ninguém pode perder o emprego por estar com AIDS.

Notas finais:

- Disque Saúde. Pergunte AIDS. 0800-61 1997
- Ministério da Saúde. www.aids.gov.br
- Brasil em ação

Imagens:



IGUALDADE
É O MELHOR
TRATAMENTO

ANEXO 12

Programa de Assistência à AIDS no local de trabalho (CN-DST/AIDS)

Programa de assistência à AIDS no local de trabalho (CN-DST/AIDS)

Segundo Solano e Hildenbrand (1998), o Programa de Assistência é constituído de doze pontos:

1. Respeito ao sigilo;
2. Integração com serviços de apoio e assistência social públicos e da comunidade;
3. Remanejamento do trabalhador de cargos ou locais de trabalho que oferecem riscos a sua saúde/vida;
4. Garantia de exercer as atividades laborais quando o trabalhador tem condições para tal;
5. Respeito ao período de afastamento para tratamento conforme legislação vigente;
6. Auxílio-financeiro;
7. Apoio para internação em hospitais públicos ou privados que atendem AIDS por meio dos serviços de saúde da empresa ou assistência médica conveniada;
8. Garantia de salário e acesso ao auxílio-doença;
9. Quando da impossibilidade de atendimento pelo serviço público, custear o tratamento psicossocial, consultas, exames, medicamentos e internações (parcial ou total);
10. Inclusão, no convênio médico da empresa de cláusula de atendimento às pessoas HIV soropositivas;
11. Extensão da política de atendimento dos trabalhadores a seus familiares também HIV soropositivos; e
12. Políticas de assistência em conformidade com benefícios que a empresa já tem, sem discriminação de HIV soropositivos.

Para informações detalhadas sobre o Programa de Assistência à AIDS no local de trabalho, consultar na *Bibliografia* Vitória e Trindade (1998).

ANEXO 13

Procedimentos gerais de atenção à AIDS no local de trabalho (CN-DST/AIDS)

Procedimentos gerais de atenção à AIDS no local de trabalho (CN-DST/AIDS)

Para Solano e Piovesan (1998) os *Procedimentos Gerais* abrangem dez pontos:

1. A compreensão das características organizacionais da empresa e do perfil socioeconômico dos funcionários para traçar a elaboração, execução e avaliação do programa de prevenção. Um dos recursos para isso é a realização de pesquisa interna sobre conhecimentos, valores e atitudes dos funcionários em relação ao HIV/AIDS;
2. O posicionamento contra o teste anti-HIV pré-admissional e a garantia do acesso periódico a esse teste dentro do programa de assistência;
3. A garantia do sigilo e da confidencialidade;
4. Posicionamento para coibir o preconceito e a discriminação no local de trabalho;
5. O equacionamento da abrangência fisio-geográfica dos programas de apoio;
6. A readaptação do funcionário ao cargo e local de trabalho;
7. Os procedimentos de biossegurança;
8. Interface com programas sociais de promoção à saúde e à qualidade total e de vida na instituição;
9. Necessidade de se estabelecer instrumentos e estratégias eficazes de gestão de política (planejamento, operacionalização, direção, controle e avaliação do processo) e recursos humanos, financeiros e materiais; e
10. Intercâmbio com outras instituições (orientação, encaminhamento, integração e apoio à política da instituição).

ANEXO 14

Estratégias de educação e comunicação
para a prevenção da AIDS no local de trabalho (CN-DST/AIDS)

**Estratégias de educação e comunicação
para a prevenção da AIDS no local de trabalho (CN-DST/AIDS)**

Piovesan et al. (1998) citam várias estratégias de educação e comunicação para a prevenção da AIDS nas empresas:

1. “Treinamento”;
2. Palestra informativa;
3. Palestra de informação para gerências e chefias;
4. Pesquisa sobre conhecimentos, atitudes, valores e expectativas;
5. Oficina sobre sexualidade e AIDS;
6. Produção e/ou distribuição de material informativo;
7. Exibição de vídeos e filmes;
8. Organização de videoteca para empréstimo;
9. Escreva-AIDS;
10. Orientação;
11. Divulgação de informações por meio de contra-cheques, murais, boletins, revistas ou jornais;
12. Distribuição de preservativos;
13. Campanha interna;
14. Seminário, debate e mesa-redonda;
15. Grupo focal;
16. Divulgação de informações por meio de rádio interno;
17. Organização de exposição;
18. Teatro tradicional e de bonecos;
19. Participação em eventos públicos e da comunidade;
20. Concursos e gincanas;
21. Participação em programa de rádio, TV e imprensa escrita;
22. Distribuição de jogos educativos;
23. Coral e música;

24. Disque-AIDS: divulgação de informações por telefone;
25. Correio eletrônico interno;
26. Totem eletrônico;
27. Intervenções informativas e educativas com veículos motorizados.

As vantagens e desvantagens de cada estratégia são mencionadas no “*Manual*” (Piovesan et al. ,1998).

Contrera e Solano (1998) mostram as formas de avaliá-las.

Ainda sobre essas estratégias, vale a pena consultar o “*Catálogo de ações, produtos e serviços em DST/AIDS no local de trabalho*” de Moreira, Piovesan e Vianna (1998).